

Tabla de Contenido

Definiciones de categorías de servicios de Houston EMA / HSDA para la Parte A, Parte B y los servicios estatales del Programa Ryan White para el año fiscal 2023

<u>Definición de servicio</u>	FY22 aprobado elegibilidad financiera Basado en las pautas federales de pobreza	FY23 recomendada elegibilidad financiera Basado en las pautas federales de pobreza	Pagina #
Atención médica primaria integral para pacientes ambulatorios (incluye administración de casos médicos ¹ , vinculación de servicios ² , extensión ³ , asistencia financiera de emergencia: farmacia ⁴ y servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local ⁵) CBO, Clínicas Públicas, Zonas Rurales y Pediátricos - Parte A	300%, (Ningún ¹ , Ningún ² , Ningún ³ , 500% ⁴ , 400% non-VIH meds & 500% VIH meds ⁵)	300%, (Ningún ¹ , Ningún ² , Ningún ³ , 500% ⁴ , 500% non-VIH meds & 500% VIH meds ⁵)	1 20 39 56
Administración de casos (clínicos) - Parte A	Sin elegibilidad financiera	Sin elegibilidad financiera	68
Administración de casos (no médicos, Vinculación de servicios en centros de pruebas) - Parte A	Sin elegibilidad financiera	Sin elegibilidad financiera	75
Administración de casos (no médicos, dirigida a trastornos por consumo de sustancias) - Servicios Estatales	Sin elegibilidad financiera	Sin elegibilidad financiera	82
Servicios de intervención temprana (personas encarceladas) - Servicios Estatales	Sin elegibilidad financiera	Consulte Remisión para atención médica	
Asistencia financiera de emergencia - Otros - Parte A	400%	400%	89
Asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos - Parte B/Servicios Estatales - Parte A	0 - 400% plan de Mercado: debe tener subsidio (consulte la definición de servicio de la Parte B para conocer la excepción)	0 - 400% plan de Mercado: debe tener subsidio (consulte la definición de servicio de la Parte B para conocer la excepción)	92 96
Servicios médicos en el hogar y la comunidad (en centros) - Parte B	400%	400%	100
Servicios paliativos - Servicios Estatales	300%	300%	104
Servicios de idiomas - Servicios Estatales	300%	300%	108
Terapia nutricional médica y suplementos nutricionales - Parte A	400%	400%	111
Servicios de salud mental - Servicios Estatales	500%	500%	115
Salud Oral - No focalizada - Parte B - focalizada al área rural norte - Parte A	300%	300%	121 125
Remisión para atención médica: - Trabajador de inscripción al ADAP - Personas encarceladas - Servicios Estatales	500% ---	500% Sin elegibilidad financiera	128 131
Servicios para abuso de sustancias - Parte A	500%	500%	135
Transporte médico (en auto) - Parte A	400%	400%	138
Atención oftalmológica - Parte A	400%	400%	145

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Atención médica primaria integral para pacientes ambulatorios que incluye administración de casos médicos, vinculación de servicios, extensión, asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia y servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	1. Atención médica para pacientes externos/ambulatorios 2. Administración de casos médicos 3. Asistencia farmacéutica para SIDA (local) 4. Administración de casos (no médicos) 5. Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia 6. Extensión
Título de categoría de servicio local:	Atención médica primaria integral para adultos: organización comunitaria (CBO) i. Comunitaria dirigida a afroestadounidenses ii. Comunitaria dirigida a hispanos iii. Comunitaria dirigida a blancos/MSM
Monto disponible: Únicamente RWGA	Financiación total estimada disponible: <u>\$0.00</u> (a determinar) Nota: el Consejo de Planificación del Programa Ryan White (RWPC) de Houston determina las asignaciones y reasignaciones anuales generales de las categorías de servicios de la Parte A y MAI. RWGA tiene autoridad exclusiva sobre los montos de adjudicación de contratos.
Población objetivo:	Atención médica primaria integral: comunitaria: i. Dirigida a afroestadounidenses: afroestadounidenses de 13 años de edad o mayores ii. Dirigida a hispanos: hispanos de 13 años de edad o mayores iii. Dirigido a blancos: blancos (no hispanos) de 13 años de edad o mayores Extensión: Los servicios estarán disponibles para los clientes infectados con VIH elegibles que residan en EMA/HSDA de Houston; se dará prioridad a los clientes más necesitados. Los servicios están restringidos a aquellos clientes que cumplan con los criterios de inclusión de extensión aprobados por RWGA del contratista. Los componentes de los criterios de inclusión de extensión deben incluir, como mínimo, dos (2) citas consecutivas perdidas con el proveedor de atención primaria y/o el laboratorio de VIH. Los criterios de inclusión de extensión también pueden abarcar componentes de supresión de carga viral (VL), abuso de sustancias y fracaso del tratamiento antirretroviral (ART).
Elegibilidad del cliente:	PLWH que residen en la EMA de Houston (se requiere aprobación previa para los clientes que no viven en la EMA). El contratista

edad, género, raza, origen étnico, residencia, etc.	debe cumplir con los requisitos de focalización y las limitaciones presupuestarias, conforme corresponda.
Elegibilidad financiera:	<i>Consulte la elegibilidad financiera aprobada actual para EMA/HSDA de Houston.</i>
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Atención médica primaria: • No menos del 75 % de los clientes atendidos en una subcategoría objetivo deben ser miembros de la población objetivo con las siguientes excepciones: • El 100 % de los clientes atendidos con fondos de MAI deben ser miembros de la población objetivo. • El 10 % de los fondos destinados a la atención médica primaria deben reservarse para facturar los procedimientos de diagnóstico al costo real. • Los contratistas no pueden exceder la asignación para cada componente de servicio individual (atención médica primaria, administración de casos médicos, Programa de Asistencia de Farmacia Local y vinculación de servicios) sin la aprobación previa de RWGA. Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): • Directrices del RWPC de Houston para los servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): el contratista ofrecerá medicamentos contra el VIH a partir de un recetario aprobado por un total que no exceda los \$18,000 por año de contrato por cliente. El contratista deberá ofrecer medicamentos relacionados con el VIH por un total que no exceda los \$3,000 por año de contrato por cliente. Estas directrices están determinadas por el RWPC. El RWPC determina las subcategorías que incluirán la financiación LPAP del Programa Ryan White. • Los medicamentos deben proporcionarse de acuerdo con las directrices de la EMA de Houston, las reglas y regulaciones de HRSA/HAB y las directrices 340B aplicables de la Oficina de Asuntos Farmacéuticos. • Al menos el 75 % del monto total del presupuesto para los servicios de LPAP debe asignarse únicamente al costo real de los medicamentos y no puede incluir ningún costo de almacenamiento, administrativo, de procesamiento u otros costos asociados con la administración del inventario o la distribución de los medicamentos. Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia

	- No se permiten pagos directos en efectivo a los clientes. Se espera que todas las otras fuentes de financiamiento en la comunidad para asistencia financiera de emergencia se utilicen de manera efectiva y que cualquier asignación de fondos del RWHAP para estos fines sea como pagador de último recurso y para montos, usos y períodos de tiempo limitados. La provisión continua de un servicio permitido a un cliente no debe financiarse mediante asistencia financiera de emergencia. Extensión - Los servicios de extensión están restringidos a aquellos pacientes que no han regresado a las citas programadas con el proveedor, como se describe en los criterios de inclusión de extensión aprobados por RWGA y están incluidos en la lista de extensión.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	- Atención médica para pacientes externos/ambulatorios: una (1) unidad de servicio = una (1) visita al consultorio/clínica de atención primaria que incluye lo siguiente: - Médico/Enfermero practicante de atención primaria, auxiliar médico o enfermero clínico especialista en examen del paciente, y - Educación sobre medicamentos/tratamiento - Acceso/vinculación a medicamentos - Procedimientos especializados de obstetricia (OB)/ginecología (GYN) (según criterio clínico) - Evaluación nutricional (según criterio clínico) - Laboratorio (según criterio clínico, sin incluir pruebas especializadas) - Radiología (según criterio clínico, sin incluir tomografía computarizada [CAT] ni imagen por resonancia magnética [MRI]) - Verificación/Selección de elegibilidad (conforme sea necesario) - Las visitas de seguimiento en las que el MD/NP/PA no ve al paciente se consideran un componente de la visita original de atención primaria. - Servicios psiquiátricos para pacientes externos: una (1) unidad de servicio = una (1) sola visita al consultorio/clínica en la que el paciente es atendido por un psiquiatra con licencia estatal y apto para acreditación, o bien por un enfermero psiquiátrico practicante calificado. Esta visita puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio de atención primaria. - Plan y evaluación nutricional: una (1) unidad de servicio = un plan de tratamiento y evaluación nutricional integral único realizado por un dietista registrado y autorizado iniciado por orden de un médico. No incluye el suministro de suplementos

	u otros productos (los clientes pueden ser remitidos al proveedor de terapia nutricional médica financiada por el Programa Ryan White para el suministro de suplementos médicamente necesarios). La visita de evaluación nutricional puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio médico. • Asistencia farmacéutica para SIDA (local): una (1) unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real. • Administración de casos médicos: una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de administración de casos médicos a una PLWH elegible prestados por un administrador de casos médicos calificado. • Vinculación de servicios (administración de casos no médicos): una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de vinculación de servicios a una PLWH elegible realizado por un trabajador de vinculación de servicios calificado. • Participación: 15 minutos = una (1) unidad • Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia: una (1) unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos contra el VIH y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	• La atención médica para pacientes externos/ambulatorios es la prestación de servicios de diagnóstico y terapéuticos profesionales brindados por un médico, auxiliar médico, enfermero clínico especialista o enfermero practicante en un entorno para pacientes ambulatorios. Los entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y furgonetas móviles donde los clientes generalmente no pasan la noche. Los servicios de salas de urgencias no son entornos para pacientes ambulatorios. Los servicios incluyen pruebas de diagnóstico, intervención temprana y evaluación de riesgos, atención y detección preventiva, examen médico, toma de historiales médicos, diagnóstico y tratamiento de afecciones físicas y mentales comunes, prescripción y administración de terapia con medicamentos, educación y consejería en problemas de salud, atención a bebés sanos, atención continua y manejo de afecciones crónicas, así como remisión y prestación de

	atención especializada (incluye todas las subespecialidades médicas). La atención médica primaria para el tratamiento de infección por VIH incluye la prestación de una atención que se ajuste a las directrices del Servicio de Salud Pública. Dicha atención debe incluir el acceso a terapias antirretrovirales y otras terapias con medicamentos, incluida la profilaxis, el tratamiento de infecciones oportunistas y terapias antirretrovirales combinadas. • La asistencia farmacéutica para SIDA (local) incluye programas de asistencia de farmacia local implementados por las entidades beneficiarias de la Parte A o la Parte B para proporcionar medicamentos contra el VIH a los clientes. Esta asistencia se puede financiar con fondos de subvención de la Parte A y/o fondos de adjudicación de la Parte B. Los programas de asistencia farmacéutica local no se financian con fondos asignados de ADAP. • Los servicios de administración de casos médicos (incluyendo la adherencia al tratamiento) son una gama de servicios centrados en el cliente que vinculan a los clientes con servicios de atención médica, psicosociales y otros. La coordinación y el seguimiento de los tratamientos médicos es un componente de la administración de casos médicos. Estos servicios garantizan el acceso oportuno y coordinado a niveles médicamente apropiados de servicios de salud y apoyo y la continuidad de la atención mediante la evaluación constante de las necesidades y sistemas de apoyo personal del cliente y otros familiares clave. La administración de casos médicos incluye la prestación de consejería en adherencia al tratamiento para garantizar la preparación y la adherencia a tratamientos complejos contra el VIH. Las actividades clave incluyen (1) evaluación inicial de las necesidades de servicios; (2) desarrollo de un plan de servicio integral e individualizado; (3) coordinación de los servicios necesarios para implementar el plan; (4) seguimiento al cliente para evaluar la eficacia del plan; y (5) reevaluación periódica y adaptación del plan según sea necesario durante la vida del cliente. Comprende la defensa específica del cliente y/o revisión de la utilización de servicios. Esto abarca todo tipo de administración de casos, incluido el contacto personal, telefónico y cualquier otra forma de comunicación. • La administración de casos (no médicos) incluye la prestación de asesoría y asistencia para obtener servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. La administración de casos no médicos no implica la coordinación y el seguimiento de tratamientos médicos, como aplica a la administración de casos médicos. • La asistencia financiera de emergencia proporciona pagos limitados únicos o a corto plazo para ayudar al cliente de
--	--

	RWHAP con una necesidad emergente para pagar servicios públicos básicos, vivienda, alimentos (incluyendo comestibles y vales para alimentos), transporte y medicamentos. La asistencia financiera de emergencia puede producirse como un pago directo a una agencia o mediante un programa de vales. • Los servicios de extensión incluyen la prestación de las siguientes tres actividades: identificación de personas que no conocen su condición respecto al VIH y vinculación con los servicios de salud para pacientes externos/ambulatorios; suministro de información adicional y educación sobre opciones de cobertura de atención médica; reincorporación de personas que conocen su condición respecto a los servicios de salud para pacientes externos/ambulatorios.
Normas de atención:	Los contratistas deben adherirse a las normas de atención publicadas de manera más reciente de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston. Los servicios deben cumplir o superar las directrices aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos para el tratamiento de VIH.
Definición de categoría de servicio local/Servicios que se prestarán:	Atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios: los servicios incluyen médico en el lugar, otro profesional médico, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes y coordinación de atención al paciente. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante una remisión específica al proveedor de servicios médicos apropiado mediante orden del médico de atención primaria). Los servicios prestados a las mujeres incluirán además servicios de médicos obstetras (OB)/ginecólogos (GYN) y servicios de otro profesional médico en el lugar o por remisión, servicios de obstetricia/ginecología, colposcopia, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes/salud de la mujer, coordinación de atención al paciente y servicios sociales. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante protocolos específicos de remisión a agencias apropiadas mediante orden del médico de atención primaria). La atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios debe proporcionar lo siguiente:

	• Continuidad de la atención para todas las etapas de la infección por VIH en adultos. • Servicios de laboratorio y farmacia, incluyendo medicamentos intravenosos (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos). • Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios, incluyendo el trabajo de laboratorio necesario para la prescripción de medicamentos psiquiátricos cuando sea apropiado (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos). • Acceso al programa ADAP de Texas (ya sea en el sitio o mediante sistemas de remisiones establecidos). • Acceso a programas de medicamentos contra el VIH de uso compasivo (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos). • Acceso a protocolos de investigación relacionados con VIH (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos); • Como mínimo, debe cumplir con las normas de atención médica primaria de VIH de las partes A/B para EMA/HSDA de Houston. El contratista debe demostrar de manera continua la capacidad de prestar medicina de atención primaria relacionada con VIH de última generación de acuerdo con las directrices de tratamiento de VIH más recientes del DHHS. Los rápidos avances en los protocolos de tratamiento de VIH requieren que el contratista preste servicios que maximicen en la mayor medida posible la oportunidad del paciente de sobrevivir a largo plazo y mantener la mejor calidad de vida posible. • Servicios de psiquiatría para pacientes ambulatorios en el lugar. • Servicios de administración de casos médicos en el lugar. • Educación sobre medicamentos en el lugar. • Servicios de fisioterapia (ya sea en el lugar o mediante remisión). • Remisiones a clínicas especializadas (ya sea en el lugar o mediante remisión). • Exámenes pélvicos en el lugar según sea necesario para las pacientes con tratamiento de seguimiento adecuado y remisión. • Consejería nutricional en el lugar por parte de un dietista autorizado. Los servicios para mujeres también deben proporcionar lo siguiente: • Atención a mujeres sanas, que incluye, entre otros: prueba de Papanicolaou (PAP), examen pélvico, detección del virus del papiloma humano (HPV), examen de mama, mamografía, reemplazo y educación hormonal, pruebas de embarazo,
--	--

	servicios anticonceptivos excluyendo medicamentos anticonceptivos. • Atención obstétrica: servicios preparto hasta el posparto, servicios para el parto; educación y tratamiento preventivo perinatal. • Exámenes de colposcopia en el lugar o por remisión según sea necesario, realizados por un médico obstetra (OB)/ginecólogo (GYN) u otro profesional médico con una calificación de proveedor de colposcopia. • Servicios sociales, que incluyen, entre otros, proporcionar a las mujeres acceso a cuidado infantil, vales para transporte, vales para alimentos y grupos de apoyo en el sitio de la clínica. Evaluación nutricional: los servicios incluyen la provisión de información sobre alimentos terapéuticos nutricionales/suplementarios que son beneficiosos para el bienestar y la mejora de las condiciones de salud de los clientes por parte de un dietista autorizado. Los servicios se pueden prestar mediante sesiones educativas o de consejería. Los clientes que reciban estos servicios pueden valerse del proveedor de suplementos nutricionales financiado por la Parte A del Programa Ryan White para obtener los suplementos nutricionales recomendados de acuerdo con las reglas del programa. Los clientes están limitados a una (1) evaluación nutricional por año calendario sin la aprobación previa de RWGA. Los servicios de educación sobre medicamentos para pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos: • Los educadores en medicamentos deben ser un doctor en medicina (MD) con licencia estatal, un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA), un enfermero (RN, LVN) o un farmacéutico. Se debe obtener una aprobación previa antes de valerse de cualquier otro profesional de la salud no mencionado anteriormente para brindar educación sobre medicamentos. • Los clientes a los que se les prescribirán regímenes médicos constantes (es decir, ART) deben ser evaluados para su adherencia al tratamiento en cada encuentro clínico utilizando la herramienta de evaluación de adherencia aprobada por EMA. Los clientes con problemas de adherencia relacionados con la falta de comprensión deben recibir más educación sobre su régimen médico. Los clientes con problemas de adherencia que sean conductuales o que involucren problemas de salud mental deben recibir consejería del administrador de casos médicos, el médico u otro profesional médico y/o el personal de enfermería autorizado y, si está clínicamente indicado, la evaluación y el tratamiento por parte de un
--	--

psiquiatra o un enfermero psiquiátrico practicante, ambos calificados.

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el programa debe proporcionar lo siguiente:

- Evaluaciones de diagnóstico: evaluación integral para la identificación de trastornos psiquiátricos, evaluación del estado mental, diagnóstico diferencial que puede implicar el uso de otras pruebas clínicas y de laboratorio, formulación de casos y planes de tratamiento o disposición.
- Servicios psiquiátricos de emergencia: evaluación rápida, diagnóstico diferencial, tratamiento agudo, intervención en crisis y remisión. Debe estar disponible las 24 horas, incluyendo la remisión a salas de urgencias.
- Psicoterapia breve: individual, de apoyo, grupal, de pareja, familiar, hipnosis, biorretroalimentación y otros tratamientos psicofisiológicos y modificación de la conducta.
- Psicofarmacoterapia: evaluación y tratamiento con medicamentos de trastornos psiquiátricos, incluidos, entre otros, trastornos de ansiedad, depresión mayor, síndromes de dolor, problemas de control de hábitos, psicosis y trastornos mentales orgánicos.
- Servicios de rehabilitación: entrenamiento físico, psicosocial, conductual y/o cognitivo.

Detección de trastornos oculares: el contratista debe asegurarse que los pacientes reciban la detección y el tratamiento adecuados para CMV, glaucoma, cataratas y otros problemas relacionados.

Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): LPAP proporciona productos farmacéuticos a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de seguros privados, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. A los clientes elegibles se les puede proporcionar Fuzeon™ para casos concretos con la aprobación previa de la Administración de Subvenciones del Programa Ryan White (Ryan White Grant Administration, RWGA). El costo de Fuzeon™ no se descontará del máximo anual de un cliente. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos relacionados con el VIH recetados por un médico u otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo (tales como anticonceptivos y medicamentos para la tuberculosis), o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta.

El contratista debe ofrecer todos los medicamentos en el recetario de ADAP de Texas por un total que no exceda los \$18,000.00 por año por contrato por cliente. El contratista debe proporcionar los medicamentos relacionados con el VIH permitidos (es decir, medicamentos que no son para el VIH) por un total que no exceda los \$3,000 por año por contrato por cliente. Se le puede reembolsar al contratista las tarifas por prescripción de ADAP (por ejemplo, \$5/Rx), de acuerdo con las reglas comerciales de RWGA para aquellos clientes de ADAP que no pueden pagar la tarifa por prescripción de ADAP.

Servicios de administración de casos médicos: los servicios incluyen examinar a todos los pacientes de atención médica primaria con el fin de determinar el nivel de necesidad de cada paciente para servicios de administración de casos médicos; realizar una evaluación integral, incluyendo una evaluación de la literatura de salud del paciente, y desarrollar un plan de servicio médico para cada cliente que demuestre una necesidad documentada de tales servicios; monitorear el plan de servicios médicos para asegurar su implementación; y educar al cliente sobre el bienestar, la medicación y el cumplimiento de las citas de atención médica. El administrador de casos médicos actúa como defensor del cliente y como enlace con los proveedores de servicios médicos en nombre del cliente. El administrador de casos médicos asegura el vínculo con la salud mental, el abuso de sustancias y otros servicios para el cliente según lo indicado por el plan de servicios médicos.

Vinculación de servicios: el propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes a obtener los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La vinculación de servicios es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un trabajador de vinculación de servicios por un período indeterminado, según la necesidad del cliente, durante el cual se proporcionan información, remisiones y vinculación de servicios según sea necesario. La vinculación de servicios ayuda a los clientes que no requieren la intensidad de la administración de casos médicos, según las directrices de gestión de calidad de RWGA. La vinculación de servicios se presta tanto en oficinas como en campo. Se espera que los trabajadores de vinculación de servicios coordinen las actividades con las fuentes de remisiones en las que se pueda identificar a las PLWH recién diagnosticadas o que no reciben atención, incluyendo reuniones de casos individuales con el personal del centro de pruebas para garantizar la transición exitosa de las remisiones a los servicios de atención primaria. Dicha coordinación de remisiones entrantes comprende reunirse con posibles clientes en la ubicación del proveedor de remisiones para desarrollar una buena relación con las personas antes de la cita inicial de atención primaria de la persona y garantizar que dichas nuevas incorporaciones a los servicios de

atención primaria tengan el apoyo suficiente para hacer la transición, a menudo difícil, a la atención médica primaria constante. La vinculación de servicios también incluye un seguimiento para reincorporar a pacientes que abandonan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellos que no han regresado a las citas programadas con el proveedor ni le han proporcionado al proveedor información actualizada sobre su proveedor de atención médica primaria actual (en la situación en la que el paciente pueda haber obtenido un servicio alternativo de otro proveedor de servicios médicos). El contratista debe documentar los esfuerzos con el fin de reincorporar a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de archivar a los pacientes en el CPCDMS. La vinculación de servicios amplía la capacidad de los programas existentes al proporcionar extensión “práctica” y vinculación con los servicios de atención a las PLWH que actualmente no tienen acceso a los servicios de atención médica primaria. La vinculación de servicios incluye la emisión de vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina según las directrices publicadas de RWGA. La vinculación de servicios complementa y amplía la capacidad de prestación de servicios de los servicios de administración de casos médicos.

Extensión: proporcionar actividades permitidas de vinculación de servicios y extensión del Programa Ryan White a personas portadoras del VIH (PLWH) que conocen su situación, pero que no participan activamente en la atención médica primaria para pacientes ambulatorios con información, remisiones y asistencia con concertación de citas médicas, servicios de salud mental, abuso de sustancias y psicosociales según sea necesario; abogar en nombre de los clientes para reducir las brechas en los servicios y eliminar las barreras a los servicios que ayudan a los clientes a desarrollar y utilizar habilidades y estrategias para la vida independiente. Ayudar a los clientes a obtener los recursos necesarios, incluyendo vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina, según las políticas publicadas de HCPH/RWGA. Los servicios de extensión deben tener las siguientes características: llevarse a cabo en momentos y lugares donde exista una alta probabilidad de que se contacte a las personas infectadas con VIH; diseñarse para proporcionar informes cuantificados del programa acerca de actividades y resultados para adaptar la evaluación local de la eficacia; planificarse y prestarse en coordinación con programas locales y estatales de extensión para la prevención del VIH con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos; dirigirse a poblaciones conocidas, mediante la revisión de registros médicos clínicos, que corren un riesgo desproporcionado de desvinculación de servicios de atención médica primaria.

La asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia proporciona un suministro limitado de productos farmacéuticos por

	única vez o a corto plazo de 30 días a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de un seguro privado, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Un reabastecimiento para suministro de hasta 30 días disponible con la aprobación previa de RWGA. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos recetados por un médico u otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo, o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta. El contratista debe ofrecer todos los medicamentos del recetario de ADAP de Texas.
Requisitos de la agencia:	Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare. Coordinación de elegibilidad y beneficios: el contratista debe implementar procesos nuevos y constantes de verificación de elegibilidad de pacientes y coordinación de beneficios que sean favorables al consumidor y cultural y lingüísticamente apropiados, que garanticen la rendición de cuentas con los requisitos de pagador de último recurso del Programa Ryan White, logrando al mismo tiempo la utilización máxima de los beneficios elegibles. Los procesos de elegibilidad deben proporcionar a los clientes una comprensión significativa de sus beneficios, los gastos por cuenta propia previstos y otra información necesaria para garantizar una participación completa y continua en la atención. LPAP y EFA: servicios de asistencia de farmacia: el contratista debe: Proporcionar servicios de farmacia en el lugar o mediante una relación contractual establecida que cumpla con todos los requisitos. Los enfoques alternativos (fuera del lugar) deben ser aprobados antes de la implementación por RWGA. Ya sea directamente o mediante subcontrato con una entidad elegible del Programa de Farmacia 340B, debe: • Asegurar una solicitud de admisión financiera integral para determinar la elegibilidad del cliente para este programa con el fin de garantizar que estos fondos se utilicen como último recurso para la compra de medicamentos. • Asegurar la capacidad documentada de interactuar con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas operado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Esta capacidad debe estar completamente documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA.

	• Asegurar que la asistencia de medicamentos que se brinda a los clientes no duplique los servicios que ya se prestan en el área de Houston. El proceso para lograr esto debe estar completamente documentado y está sujeto a verificación independiente por parte de RWGA. • Asegurar, ya sea directamente o a través de un proveedor del Programa de Farmacia 340B, al menos dos (2) años de experiencia continua documentada en la provisión de programas de medicamentos contra el VIH utilizando el Programa Ryan White o fondos similares del sector público. Esta experiencia debe estar documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA. • Asegurar que todos los medicamentos se compren a través de un participante calificado en el Programa de Precios de Medicamentos 340B y el Programa de Proveedores Principales, ambos a nivel federal, administrados por la Oficina de Asuntos Farmacéuticos de la HRSA. Nota: no mantener los precios de los medicamentos 340B o del proveedor principal puede dar lugar a un resultado de auditoría negativo, la desautorización de costos o la rescisión del contrato adjudicado. El contratista debe mantener la participación en el Programa 340B durante la vigencia del contrato. Todos los medicamentos elegibles deben comprarse de acuerdo con las directrices del Programa 340B y los requisitos del programa. • Asegurar que los proveedores de servicios para VIH del área de Houston estén informados sobre este programa y cómo funcionan los procesos de remisión e inscripción del cliente. El contratista debe conservar la documentación de dichos esfuerzos de mercadeo. • Implementar un proceso consistente para inscribir a pacientes elegibles en los Programas de Asistencia al Paciente de las compañías farmacéuticas disponibles antes de utilizar los recursos del LPAP financiados por la Parte A del Programa Ryan White. • Asegurar que se brinde información sobre el programa a las PLWH, incluyendo las poblaciones históricamente mal atendidas y desatendidas (por ejemplo, afroestadounidenses, hispanos/latinos, asiáticos, nativos americanos, isleños del Pacífico) y mujeres que actualmente no obtienen medicamentos recetados contra el VIH y relacionados con el VIH. • Ofrecer, sin cargo al cliente, opciones de entrega para reabastecimientos de medicamentos, que incluyen, entre otros, mensajería, USPS u otro servicio de entrega de paquetes.
--	--

	Supervisión y operaciones de administración de casos: los trabajadores de vinculación de servicios (SLW) y los administradores de casos médicos (MCM) deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir una supervisión continua que cumpla o supere las normas de atención publicadas. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos del personal:	El contratista es responsable de garantizar que los servicios sean prestados por médicos de medicina interna y obstetras/ginecólogos con licencia estatal, médicos de atención especializada, psiquiatras, enfermeros registrados, enfermeros practicantes, enfermeros vocacionales, farmacéuticos, auxiliares médicos, enfermeros clínicos especialistas, otros profesionales médicos con una calificación de proveedor de colposcopia, tecnólogos en rayos X, dietistas con licencia estatal, trabajador social autorizados y proveedores de atención médica complementaria, de acuerdo con los requisitos de certificación y/o concesión de licencias estatales correspondientes y con conocimiento y experiencia de las enfermedades por VIH. Además, el contratista debe garantizar que se cumplan los siguientes requisitos de personal: Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el director del programa debe ser un psiquiatra con certificación profesional. En todas las modalidades de tratamiento, se deben emplear profesionales paramédicos autorizados y/o certificados (psicólogos autorizados, médicos, enfermeros psiquiátricos practicantes, trabajadores sociales con maestría autorizados, consejeros profesionales autorizados, terapeutas familiares y matrimoniales autorizados, consejeros certificados en abuso de alcohol y drogas, etc.). La documentación de las credenciales, acreditaciones y certificaciones del director debe incluirse en la propuesta. La documentación de las acreditaciones y certificaciones de los profesionales paramédicos debe incluirse en los apéndices de la propuesta. Educación sobre medicamentos y adherencia: el programa debe emplear un RN, LVN, PA, NP, farmacéutico o MD autorizado por el Estado de Texas, que tenga al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH, para prestar los servicios educativos. Los trabajadores sociales autorizados que tengan al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH también pueden brindar educación y consejería en adherencia. Evaluación nutricional (atención primaria): los servicios deben ser prestados por un dietista registrado autorizado. Los dietistas deben tener un mínimo de dos (2) años de experiencia brindando consejería y evaluación nutricional a PLWH.

Administración de casos médicos: el programa debe emplear un trabajador social con licencia estatal para prestar servicios de administración de casos médicos. El contratista debe mantener el número asignado de equivalentes a tiempo completo (FTE) de administración de casos médicos durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada administrador de casos médicos y de la persona asignada para supervisar a dichos administradores de casos médicos en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación.**

Vinculación de servicios: el programa debe emplear trabajadores de vinculación de servicios que tengan como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad acreditada con una especialidad (*major*) en ciencias sociales o ciencias de la conducta. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios al cliente a las PLWH puede sustituir el requisito de título de licenciatura en una base 1:1 (un [1] año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por [1] año de universidad). Todos los trabajadores de vinculación de servicios deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral remunerada con PLWH. El contratista debe mantener el número asignado de FTE de vinculación de servicios durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada trabajador de vinculación de servicios y de la persona asignada para supervisar a dichos trabajadores de vinculación de servicios en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación.**

Supervisión de administradores de casos: los trabajadores de vinculación de servicios y los administradores de casos médicos deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención de la partes A y B para EMA/HSDA de Houston respecto a la vinculación de servicios y la administración de casos médicos, conforme corresponda. Un MCM puede supervisar a los SLW.

Requisitos especiales:	Todos los servicios de atención médica primaria deben cumplir o superar las directrices de tratamiento actuales del DHHS de los Estados Unidos para el tratamiento y manejo de enfermedades por VIH. El contratista debe proporcionar todos los componentes del programa requeridos: atención médica primaria, administración de casos médicos, vinculación de servicios (administración de casos no médicos) y Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP). Servicios de atención médica primaria: los servicios financiados por esta subvención no se pueden utilizar para reemplazar el seguro o reembolsos de Medicare/Medicaid por dichos servicios. Los clientes elegibles para dicho reembolso no podrán ser facturados a este contrato. Los copagos de Medicare y de seguros privados pueden ser elegibles para reembolso según las directrices del Programa de Asistencia de Seguros Médicos (Health Insurance Assistance, HINS) de Ryan White. Los pacientes que necesiten dicha asistencia deben ser remitidos al proveedor local de HINS financiado por el Programa Ryan White para recibir asistencia. Bajo ninguna circunstancia, el contratista podrá facturar al condado la diferencia entre el reembolso de Medicaid, Medicare o seguro a terceros y la lista de tarifas en virtud del contrato. Además, a los clientes potenciales que son elegibles para Medicaid/Medicare o que tienen otros terceros pagadores no se les pueden negar los servicios o remitirlos a otro lugar por parte del contratista en función de su situación de reembolso (es decir, los clientes elegibles para Medicaid/Medicare no pueden ser remitidos a otro lugar con el fin de que cliente no elegibles para Medicaid/Medicare se puedan agregar al contrato). No atender a los clientes elegibles para Medicaid/Medicare en función de su situación de reembolso será motivo para la rescisión inmediata del contrato. Para los servicios de atención médica primaria dirigidos a la comunidad latina, al menos el 50 % del equipo de atención clínica debe hablar español con fluidez. Procedimientos de diagnóstico: un solo procedimiento de diagnóstico limitado a los procedimientos de la lista aprobada de procedimientos de diagnóstico (ver a continuación) sin la aprobación previa del condado. Los procedimientos de diagnóstico aprobados se reembolsarán al costo de la factura. Los programas financiados por la Parte A y la Parte A/MAI deben consultar el sitio web de RWGA (www.hcphe.org/rwga) para obtener la lista más actualizada de procedimientos de diagnóstico aprobados y los códigos correspondientes. Los procedimientos de diagnóstico que no figuran en el sitio web deben contar con la aprobación previa de RWGA.
------------------------	--

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el cliente no debe ser elegible para los servicios de otros programas/proveedores o cualquier otra fuente de reembolso (es decir, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas/proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, siempre y cuando el cliente solicite los otros programas/proveedores, hasta que los otros programas/proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. El programa debe ser supervisado por un psiquiatra e incluir evaluaciones de diagnóstico, evaluaciones de emergencia y psicofarmacoterapia.

Mantenimiento de relaciones de remisiones (acuerdos de punto de entrada, POE): el contratista debe mantener relaciones adecuadas con las entidades que constituyen puntos clave de acceso al sistema de atención médica para las personas con enfermedades por VIH, incluyendo, entre otros, Harris Health System y otras salas de urgencias ubicadas en el EMA de Houston, la Cárcel del Condado de Harris, centros penitenciarios del Departamento de Justicia Criminal de Texas, centros de detención de inmigrantes, programas de tratamiento y desintoxicación por abuso de sustancias, centros de detención para adultos y jóvenes, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de pruebas y consejería en enfermedades por VIH, programas de salud mental y refugios para personas sin hogar. Estas relaciones de remisiones deben documentarse con acuerdos de colaboración por escrito, contratos o memorandos de entendimiento entre el contratista y las entidades de punto de entrada apropiadas, y estar sujetas a auditoría por parte de RWGA. El contratista y el personal de la entidad de POE deben reunirse de manera personal y regular (por ejemplo, semanalmente, quincenalmente, según el volumen de remisiones) para analizar nuevas remisiones a servicios de atención médica primaria. Tales reuniones de casos deben estar documentadas en el registro del cliente y debidamente ingresadas en el CPCDMS.

Uso del sistema de datos CPCDMS: el contratista debe cumplir con las reglas y procedimientos comerciales de CPCDMS. El contratista debe ingresar en el CPCDMS todos los datos clínicos requeridos, incluyendo, entre otros, el tratamiento HAART, incluidos todos los cambios en los regímenes de medicamentos, infecciones oportunistas, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y hepatitis A, B y C, y otros datos de detección y tratamientos clínicos exigidos por HRSA, TDSHS y el condado. El contratista debe realizar actualizaciones de registro de acuerdo con las reglas comerciales de CPCDMS de RWGA para todos los clientes en donde el contratista es la agencia propietaria de registros de CPCDMS del cliente. El contratista debe utilizar un sistema de verificación electrónica para comprobar la situación del

seguro/tercero pagador de forma mensual o por visita (lo que sea menos frecuente).

Distribución de pases de autobús: el condado proporcionará al contratista vales para pases de autobús METRO. Los vales para pases de autobús deben distribuirse de acuerdo con las políticas y procedimientos de RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. El contratista solo puede emitir vales para pases de autobús METRO a clientes en los que el contratista sea el contratista propietario del registro CPCDMS. Los vales para pases de autobús METRO se distribuirán de la siguiente manera:

Vencimiento del pase de autobús actual: en aquellas situaciones en las que la fecha de vencimiento del pase de autobús no coincida con la actualización de registro de CPCDMS, el contratista debe distribuir los vales para pases de autobús METRO a los clientes elegibles al vencimiento del pase de autobús actual o cuando una tarjeta de autobús en función de su valor se haya gastado en necesidades de transporte elegible. El contratista puede emitir pases de autobús METRO a clientes elegibles que vivan fuera del área de servicio de METRO en aquellas situaciones en las que el contratista haya documentado en el registro del cliente que el cliente utilizará el sistema METRO para acceder a los servicios de atención médica necesarios relacionados con VIH ubicados en el área de servicio de METRO.

Tarjetas de gasolina: los contratistas de atención médica primaria deben distribuir vales para gasolina a los clientes elegibles que residan en el área de servicio rural de acuerdo con las políticas y procedimientos de la RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. Las tarjetas de gasolina solo están disponibles para contratistas rurales de atención médica primaria sin la aprobación previa de RWGA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: PriCare=300%, EFA=500%, LPAP=(HIV meds)=500%, MCM/SLW/Outreach=none	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier para cuidado primario, asistencia financiera de emergencia: farmacia, administración de casos médicos, vinculación de servicios, extensión, servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP) para HIV meds.		
2. Aumentar la elegibilidad financiera para medicamentos que no son para el VIH al 500 % del nivel federal de pobreza.		
3. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Atención médica primaria integral para pacientes ambulatorios que incluye administración de casos médicos, vinculación de servicios y servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	1. Atención médica para pacientes externos/ambulatorios 2. Administración de casos médicos 3. Asistencia farmacéutica para SIDA (local) 4. Administración de casos (no médicos) 5. Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia 6. Extensión
Título de categoría de servicio local:	Atención médica primaria integral para adultos i. Dirigida a clínicas públicas ii. Dirigida a mujeres en clínicas públicas
Monto disponible: Únicamente RWGA	Financiación total estimada disponible: <u>\$0.00</u> (a determinar) 1. Atención médica primaria: <u>\$0.00</u> (incluyendo MAI) i. Dirigida a clínicas públicas: <u>\$0.00</u> ii. Dirigida a mujeres en clínicas públicas: <u>\$0.00</u> 2. LPAP: <u>\$0.00</u> 3. Administración de casos médicos: <u>\$0.00</u> i. Dirigida a clínicas públicas: <u>\$0.00</u> ii. Dirigida a mujeres en clínicas públicas: <u>\$0.00</u> 4. Vinculación de servicios: <u>\$0.00</u> Nota: el Consejo de Planificación del Programa Ryan White (RWPC) de Houston determina las asignaciones y reasignaciones anuales de las categorías de servicios de la Parte A y MAI. RWGA tiene autoridad exclusiva sobre los montos de adjudicación de contratos.
Población objetivo:	Atención médica primaria integral: comunitaria i. Dirigida a clínicas públicas ii. Dirigida a mujeres en clínicas públicas Extensión: Los servicios estarán disponibles para los clientes infectados con VIH elegibles que residan en EMA/HSDA de Houston; se dará prioridad a los clientes más necesitados. Los servicios están restringidos a aquellos clientes que cumplan con los criterios de inclusión de extensión aprobados por RWGA del contratista. Los componentes de los criterios de inclusión de extensión deben incluir, como mínimo, dos (2) citas consecutivas perdidas con el proveedor de atención primaria y/o el laboratorio de VIH. Los criterios de inclusión de extensión también pueden abarcar

	componentes de supresión de carga viral (VL), abuso de sustancias y fracaso del tratamiento antirretroviral (ART).
Elegibilidad del cliente: edad, género, raza, origen étnico, residencia, etc.	PLWH que residen en el EMA de Houston (se requiere aprobación previa para los clientes que no viven en el EMA). El contratista debe cumplir con los requisitos de focalización y las limitaciones presupuestarias, conforme corresponda.
Elegibilidad financiera:	<i>Consulte la elegibilidad financiera aprobada del año en curso para EMA/HSDA de Houston</i>
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Atención médica primaria: • El 100 % de los clientes atendidos bajo la subcategoría “Dirigida a mujeres en clínicas públicas” deben ser mujeres. • El 10 % de los fondos destinados a la atención médica primaria deben reservarse para facturar los procedimientos de diagnóstico al costo real. • Los contratistas no pueden exceder la asignación para cada componente de servicio individual (atención médica primaria, administración de casos médicos, Programa de Asistencia de Farmacia Local y vinculación de servicios) sin la aprobación previa de RWGA. . Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): • Directrices del RWPC de Houston para los servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): el contratista ofrecerá medicamentos contra el VIH a partir de un recetario aprobado por un total que no exceda los \$18,000 por año de contrato por cliente. El contratista deberá ofrecer medicamentos relacionados con el VIH por un total que no exceda los \$3,000 por año de contrato por cliente. Estas directrices están determinadas por el RWPC. El RWPC determina las subcategorías que incluirán la financiación LPAP del Programa Ryan White. • Los medicamentos deben proporcionarse de acuerdo con las directrices de la EMA de Houston, las reglas y regulaciones de HRSA/HAB y las directrices 340B aplicables de la Oficina de Asuntos Farmacéuticos. • Al menos el 75 % del monto total del presupuesto para los servicios de LPAP debe asignarse únicamente al costo real de los medicamentos y no puede incluir ningún costo de almacenamiento, administrativo, de procesamiento u otros costos asociados con la administración del inventario o la distribución de los medicamentos.

	Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia - No se permiten pagos directos en efectivo a los clientes. Se espera que todas las otras fuentes de financiamiento en la comunidad para asistencia financiera de emergencia se utilicen de manera efectiva y que cualquier asignación de fondos del RWHAP para estos fines sea como pagador de último recurso y para montos, usos y períodos de tiempo limitados. La provisión continua de un servicio permitido a un cliente no debe financiarse mediante asistencia financiera de emergencia. Extensión - Los servicios de extensión están restringidos a aquellos pacientes que no han regresado a las citas programadas con el proveedor, como se describe en los criterios de inclusión de extensión aprobados por RWGA y están incluidos en la lista de extensión.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	- Atención médica para pacientes externos/ambulatorios: una (1) unidad de servicio = una (1) visita al consultorio/clínica de atención primaria que incluye lo siguiente: - Médico/Enfermero practicante de atención primaria, auxiliar médico o enfermero clínico especialista en examen del paciente, y - Educación sobre medicamentos/tratamiento - Acceso/vinculación a medicamentos - Procedimientos especializados de obstetricia (OB)/ginecología (GYN) (según criterio clínico) - Evaluación nutricional (según criterio clínico) - Laboratorio (según criterio clínico, sin incluir pruebas especializadas) - Radiología (según criterio clínico, sin incluir tomografía computarizada [CAT] ni imagen por resonancia magnética [MRI]) - Verificación/Selección de elegibilidad (conforme sea necesario) - Las visitas de seguimiento en las que el MD/NP/PA no ve al paciente se consideran un componente de la visita original de atención primaria. - Servicios psiquiátricos para pacientes externos: una (1) unidad de servicio = una sola (1) visita al consultorio/clínica en la que el paciente es atendido por un psiquiatra con licencia estatal y apto para acreditación, o bien por un enfermero psiquiátrico practicante calificado. Esta visita puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio de atención primaria. - Educación sobre medicamentos: una (1) unidad de servicio = una sola visita a la farmacia en la que un farmacéutico

	calificado presta servicios de educación sobre medicamentos a un cliente elegible del Programa Ryan White. Esta visita puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio de atención primaria. El reembolso máximo permitido para una visita de educación sobre medicamentos no puede exceder \$50.00 por visita. La visita debe incluir al menos un medicamento recetado que se les proporcione a los clientes. Se puede proporcionar un máximo de una (1) visita de educación sobre medicamentos a un cliente individual por día, independientemente de la cantidad de medicamentos recetados proporcionados. • Plan y evaluación nutricional: una (1) unidad de servicio = un plan de tratamiento y evaluación nutricional integral único realizado por un dietista registrado y autorizado iniciado por orden de un médico. No incluye el suministro de suplementos u otros productos (los clientes pueden ser remitidos al proveedor de terapia nutricional médica financiada por el Programa Ryan White para el suministro de suplementos médicamente necesarios). La visita de evaluación nutricional puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio médico. • Asistencia farmacéutica para SIDA (local): una (1) unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real. • Administración de casos médicos: una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de administración de casos médicos a una PLWH elegible prestados por un administrador de casos médicos calificado. • Vinculación de servicios (administración de casos no médicos): una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de vinculación de servicios a una PLWH elegible realizado por un trabajador de vinculación de servicios calificado. • Participación: 15 minutos = una (1) unidad • Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia: una (1) unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos contra el VIH y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real.
Definición de categoría de servicio de la HRSA:	• La atención médica para pacientes externos/ambulatorios es la prestación de servicios de diagnóstico y terapéuticos

Únicamente RWGA	profesionales brindados por un médico, auxiliar médico, enfermero clínico especialista o enfermero practicante en un entorno para pacientes ambulatorios. Los entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y furgonetas móviles donde los clientes generalmente no pasan la noche. Los servicios de salas de urgencias no son entornos para pacientes ambulatorios. Los servicios incluyen pruebas de diagnóstico, intervención temprana y evaluación de riesgos, atención y detección preventiva, examen médico, toma de historiales médicos, diagnóstico y tratamiento de afecciones físicas y mentales comunes, prescripción y administración de terapia con medicamentos, educación y consejería en problemas de salud, atención a bebés sanos, atención continua y manejo de afecciones crónicas, así como remisión y prestación de atención especializada (incluye todas las subespecialidades médicas). La atención médica primaria para el tratamiento de infección por VIH incluye la prestación de una atención que se ajuste a las directrices del Servicio de Salud Pública. Dicha atención debe incluir el acceso a terapias antirretrovirales y otras terapias con medicamentos, incluida la profilaxis, el tratamiento de infecciones oportunistas y terapias antirretrovirales combinadas. • La asistencia farmacéutica para SIDA (local) incluye programas de asistencia de farmacia local implementados por las entidades beneficiarias de la Parte A o la Parte B para proporcionar medicamentos contra el VIH a los clientes. Esta asistencia se puede financiar con fondos de subvención de la Parte A y/o fondos de adjudicación de la Parte B. Los programas de asistencia farmacéutica local no se financian con fondos asignados de ADAP. • Los servicios de administración de casos médicos (incluyendo la adherencia al tratamiento) son una gama de servicios centrados en el cliente que vinculan a los clientes con servicios de atención médica, psicosociales y otros. La coordinación y el seguimiento de los tratamientos médicos es un componente de la administración de casos médicos. Estos servicios garantizan el acceso oportuno y coordinado a niveles médicamente apropiados de servicios de salud y apoyo y la continuidad de la atención mediante la evaluación constante de las necesidades y sistemas de apoyo personal del cliente y otros familiares clave. La administración de casos médicos incluye la prestación de consejería en adherencia al tratamiento para garantizar la preparación y la adherencia a tratamientos complejos contra el VIH. Las actividades clave incluyen (1) evaluación inicial de las necesidades de servicios; (2) desarrollo de un plan de servicio integral e individualizado; (3) coordinación de los servicios necesarios para implementar el plan; (4) seguimiento al cliente para
-----------------	---

	evaluar la eficacia del plan; y (5) reevaluación periódica y adaptación del plan según sea necesario durante la vida del cliente. Comprende la defensa específica del cliente y/o revisión de la utilización de servicios. Esto abarca todo tipo de administración de casos, incluido el contacto personal, telefónico y cualquier otra forma de comunicación. • La administración de casos (no médicos) incluye la prestación de asesoría y asistencia para obtener servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. La administración de casos no médicos no implica la coordinación y el seguimiento de tratamientos médicos, como aplica a la administración de casos médicos. • La asistencia financiera de emergencia proporciona pagos limitados únicos o a corto plazo para ayudar al cliente de RWHAP con una necesidad emergente para pagar servicios públicos básicos, vivienda, alimentos (incluyendo comestibles y vales para alimentos), transporte y medicamentos. La asistencia financiera de emergencia puede producirse como un pago directo a una agencia o mediante un programa de vales. • Los servicios de extensión incluyen la prestación de las siguientes tres actividades: identificación de personas que no conocen su condición respecto al VIH y vinculación con los servicios de salud para pacientes externos/ambulatorios; suministro de información adicional y educación sobre opciones de cobertura de atención médica; reincorporación de personas que conocen su condición respecto a los servicios de salud para pacientes externos/ambulatorios.
Normas de atención:	Los contratistas deben adherirse a las normas de atención publicadas de manera más reciente de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston. Los servicios deben cumplir o superar las directrices aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos para el tratamiento de VIH.
Definición de categoría de servicio local/Servicios que se prestarán:	Atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios: los servicios incluyen médico en el lugar, otro profesional médico, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes y coordinación de atención al paciente. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante una remisión específica al proveedor de servicios médicos apropiado mediante orden del médico de atención primaria). Los servicios prestados a las mujeres incluirán además servicios de médicos obstetras (OB)/ginecólogos (GYN) y servicios de otro profesional médico en el lugar o por remisión, servicios de

obstetricia/ginecología, colposcopia, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes/salud de la mujer, coordinación de atención al paciente y servicios sociales. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante protocolos específicos de remisión a agencias apropiadas mediante orden del médico de atención primaria).

La atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios debe proporcionar lo siguiente:

- Continuidad de la atención para todas las etapas de la infección por VIH en adultos.
- Servicios de laboratorio y farmacia, incluyendo medicamentos intravenosos (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios, incluyendo el trabajo de laboratorio necesario para la prescripción de medicamentos psiquiátricos cuando sea apropiado (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso al programa ADAP de Texas (ya sea en el sitio o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a programas de medicamentos contra el VIH de uso compasivo (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a protocolos de investigación relacionados con VIH (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos);
- Como mínimo, debe cumplir con las normas de atención médica primaria de VIH de las partes A/B para EMA/HSDA de Houston. El contratista debe demostrar de manera continua la capacidad de prestar medicina de atención primaria relacionada con VIH de última generación de acuerdo con las directrices de tratamiento de VIH más recientes del DHHS. Los rápidos avances en los protocolos de tratamiento de VIH requieren que el contratista preste servicios que maximicen en la mayor medida posible la oportunidad del paciente de sobrevivir a largo plazo y mantener la mejor calidad de vida posible.
- Servicios de psiquiatría para pacientes ambulatorios en el lugar.
- Servicios de administración de casos médicos en el lugar.
- Educación sobre medicamentos en el lugar.
- Servicios de fisioterapia (ya sea en el lugar o mediante remisión).
- Remisiones a clínicas especializadas (ya sea en el sitio o mediante remisión).

- Exámenes pélvicos en el lugar según sea necesario para las pacientes con tratamiento de seguimiento adecuado y remisión.
- Consejería nutricional en el lugar por parte de un dietista autorizado.

Los servicios para mujeres además deben proporcionar lo siguiente:

- Atención a mujeres sanas, que incluye, entre otros: prueba de Papanicolaou (PAP), examen pélvico, detección del virus del papiloma humano (HPV), examen de mama, mamografía, reemplazo y educación hormonal, pruebas de embarazo, servicios anticonceptivos excluyendo medicamentos anticonceptivos.
- Atención obstétrica: servicios preparto hasta el posparto, servicios para el parto; educación y tratamiento preventivo perinatal.
- Exámenes de colposcopia en el lugar o por remisión según sea necesario, realizados por un médico obstetra (OB)/ginecólogo (GYN) u otro profesional médico con una calificación de proveedor de colposcopia.
- Servicios sociales, que incluyen, entre otros, proporcionar a las mujeres acceso a cuidado infantil, vales para transporte, vales para alimentos y grupos de apoyo en el sitio de la clínica.

Evaluación nutricional: los servicios incluyen la provisión de información sobre alimentos terapéuticos nutricionales/suplementarios que son beneficiosos para el bienestar y la mejora de las condiciones de salud de los clientes por parte de un dietista autorizado. Los servicios se pueden prestar mediante sesiones educativas o de consejería. Los clientes que reciban estos servicios pueden valerse del proveedor de suplementos nutricionales financiado por la Parte A del Programa Ryan White para obtener los suplementos nutricionales recomendados de acuerdo con las reglas del programa. Los clientes están limitados a una (1) evaluación nutricional por año calendario sin la aprobación previa de RWGA.

Los servicios de educación sobre medicamentos para pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Los educadores en medicamentos deben ser un doctor en medicina (MD) con licencia estatal, un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA), un enfermero (RN, LVN) o un farmacéutico. Se debe obtener una aprobación previa antes de valerse de cualquier otro profesional de la salud no mencionado anteriormente para brindar educación sobre medicamentos.

- Los clientes a los que se les prescribirán regímenes médicos constantes (es decir, ART) deben ser evaluados para su adherencia al tratamiento en cada encuentro clínico utilizando la herramienta de evaluación de adherencia aprobada por EMA. Los clientes con problemas de adherencia relacionados con la falta de comprensión deben recibir más educación sobre su régimen médico. Los clientes con problemas de adherencia que sean conductuales o que involucren problemas de salud mental deben recibir consejería del administrador de casos médicos, el médico u otro profesional médico y/o el personal de enfermería autorizado y, si está clínicamente indicado, la evaluación y el tratamiento por parte de un psiquiatra o un enfermero psiquiátrico practicante, ambos calificados.

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el programa debe proporcionar lo siguiente:

- Evaluaciones de diagnóstico: evaluación integral para la identificación de trastornos psiquiátricos, evaluación del estado mental, diagnóstico diferencial que puede implicar el uso de otras pruebas clínicas y de laboratorio, formulación de casos y planes de tratamiento o disposición.
- Servicios psiquiátricos de emergencia: evaluación rápida, diagnóstico diferencial, tratamiento agudo, intervención en crisis y remisión. Debe estar disponible las 24 horas, incluyendo la remisión a salas de urgencias.
- Psicoterapia breve: individual, de apoyo, grupal, de pareja, familiar, hipnosis, biorretroalimentación y otros tratamientos psicofisiológicos y modificación de la conducta.
- Psicofarmacoterapia: evaluación y tratamiento con medicamentos de trastornos psiquiátricos, incluidos, entre otros, trastornos de ansiedad, depresión mayor, síndromes de dolor, problemas de control de hábitos, psicosis y trastornos mentales orgánicos.
- Servicios de rehabilitación: entrenamiento físico, psicosocial, conductual y/o cognitivo.

Detección de trastornos oculares: el contratista debe asegurarse que los pacientes reciban la detección y el tratamiento adecuados para CMV, glaucoma, cataratas y otros problemas relacionados.

Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): LPAP proporciona productos farmacéuticos a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de seguros privados, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. A los clientes elegibles se les puede proporcionar

Fuzeon™ para casos concretos con la aprobación previa de la Administración de Subvenciones del Programa Ryan White (Ryan White Grant Administration, RWGA). El costo de Fuzeon™ no se descontará del máximo anual de un cliente. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos relacionados con el VIH recetados por un médico u otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo (tales como anticonceptivos y medicamentos para la tuberculosis), o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta.

El contratista debe ofrecer todos los medicamentos en el recetario de ADAP de Texas por un total que no exceda los \$18,000.00 por año por contrato por cliente. El contratista debe proporcionar los medicamentos relacionados con el VIH permitidos (es decir, medicamentos que no son para el VIH) por un total que no exceda los \$3,000 por año por contrato por cliente. Se le puede reembolsar al contratista las tarifas por prescripción de ADAP (por ejemplo, \$5/Rx), de acuerdo con las reglas comerciales de RWGA para aquellos clientes de ADAP que no pueden pagar la tarifa por prescripción de ADAP.

Servicios de administración de casos médicos: los servicios incluyen examinar a todos los pacientes de atención médica primaria con el fin de determinar el nivel de necesidad de cada paciente para servicios de administración de casos médicos; realizar una evaluación integral, incluyendo una evaluación de la literatura de salud del paciente, y desarrollar un plan de servicio médico para cada cliente que demuestre una necesidad documentada de tales servicios; monitorear el plan de servicios médicos para asegurar su implementación; y educar al cliente sobre el bienestar, la medicación y el cumplimiento de las citas de atención médica. El administrador de casos médicos actúa como defensor del cliente y como enlace con los proveedores de servicios médicos en nombre del cliente. El administrador de casos médicos asegura el vínculo con la salud mental, el abuso de sustancias y otros servicios para el cliente según lo indicado por el plan de servicios médicos.

Vinculación de servicios: el propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes a obtener los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La vinculación de servicios es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un trabajador de vinculación de servicios por un período indeterminado, según la necesidad del cliente, durante el cual se proporcionan información, remisiones y vinculación de servicios según sea necesario. La vinculación de servicios ayuda a los clientes que no requieren la intensidad de la administración de casos médicos, según las directrices de gestión de calidad de

RWGA. La vinculación de servicios se presta tanto en oficinas como en campo. Se espera que los trabajadores de vinculación de servicios coordinen las actividades con las fuentes de remisiones en las que se pueda identificar a las PLWH recién diagnosticadas o sin atención médica, incluyendo reuniones de casos individuales con el personal del centro de pruebas para garantizar la transición exitosa de las remisiones a los servicios de atención primaria. Dicha coordinación de remisiones entrantes comprende reunirse con posibles clientes en la ubicación del proveedor de remisiones para desarrollar una buena relación con las personas antes de la cita inicial de atención primaria de la persona y garantizar que dichas nuevas incorporaciones a los servicios de atención primaria tengan el apoyo suficiente para hacer la transición, a menudo difícil, a la atención médica primaria constante. La vinculación de servicios también incluye un seguimiento para reincorporar a pacientes que abandonan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellos que no han regresado a las citas programadas con el proveedor ni le han proporcionado al proveedor información actualizada sobre su proveedor de atención médica primaria actual (en la situación en la que el paciente pueda haber obtenido un servicio alternativo de otro proveedor de servicios médicos). El contratista debe documentar los esfuerzos con el fin de reincorporar a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de archivar a los pacientes en el CPCDMS. La vinculación de servicios amplía la capacidad de los programas existentes al proporcionar extensión “práctica” y vinculación con los servicios de atención a las PLWH que actualmente no tienen acceso a los servicios de atención médica primaria. La vinculación de servicios incluye la emisión de vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina según las directrices publicadas de RWGA. La vinculación de servicios complementa y amplía la capacidad de prestación de servicios de los servicios de administración de casos médicos.

Extensión: proporcionar actividades permitidas de vinculación de servicios y extensión del Programa Ryan White a personas portadoras del VIH (PLWH) que conocen su situación, pero que no participan activamente en la atención médica primaria para pacientes ambulatorios con información, remisiones y asistencia con concertación de citas médicas, servicios de salud mental, abuso de sustancias y psicosociales según sea necesario; abogar en nombre de los clientes para reducir las brechas en los servicios y eliminar las barreras a los servicios que ayudan a los clientes a desarrollar y utilizar habilidades y estrategias para la vida independiente. Ayudar a los clientes a obtener los recursos necesarios, incluyendo vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina, según las políticas publicadas de HCPH/RWGA. Los servicios de extensión deben tener las siguientes características: llevarse a cabo en momentos y lugares donde exista una alta probabilidad de que se contacte a las personas infectadas con VIH;

	diseñarse para proporcionar informes cuantificados del programa acerca de actividades y resultados para adaptar la evaluación local de la eficacia; planificarse y prestarse en coordinación con programas locales y estatales de extensión para la prevención del VIH con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos; dirigirse a poblaciones conocidas, mediante la revisión de registros médicos clínicos, que corren un riesgo desproporcionado de desvinculación de servicios de atención médica primaria. La asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia proporciona un suministro limitado de productos farmacéuticos por única vez o a corto plazo de 30 días a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de un seguro privado, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Un reabastecimiento para suministro de hasta 30 días disponible con la aprobación previa de RWGA. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos recetados por un médico u otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo, o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta. El contratista debe ofrecer todos los medicamentos del recetario de ADAP de Texas.
Requisitos de la agencia:	Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare. Coordinación de elegibilidad y beneficios: el contratista debe implementar procesos nuevos y constantes de verificación de elegibilidad de pacientes y coordinación de beneficios que sean favorables al consumidor y cultural y lingüísticamente apropiados, que garanticen la rendición de cuentas con los requisitos de pagador de último recurso del Programa Ryan White, logrando al mismo tiempo la utilización máxima de los beneficios elegibles. Los procesos de elegibilidad deben proporcionar a los clientes una comprensión significativa de sus beneficios, los gastos por cuenta propia previstos y otra información necesaria para garantizar una participación completa y continua en la atención. LPAP y EFA: servicios de asistencia de farmacia: el contratista debe: Proporcionar servicios de farmacia en el lugar o mediante una relación contractual establecida que cumpla con todos los requisitos. Los enfoques alternativos (fuera del lugar) deben ser aprobados antes de la implementación por RWGA.

	Ya sea directamente o mediante subcontrato con una entidad elegible del Programa de Farmacia 340B, debe: • Asegurar una solicitud de admisión financiera integral para determinar la elegibilidad del cliente para este programa con el fin de garantizar que estos fondos se utilicen como último recurso para la compra de medicamentos. • Asegurar la capacidad documentada de interactuar con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas operado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Esta capacidad debe estar completamente documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA. • Asegurar que la asistencia de medicamentos que se brinda a los clientes no duplique los servicios que ya se prestan en el área de Houston. El proceso para lograr esto debe estar completamente documentado y está sujeto a verificación independiente por parte de RWGA. • Asegurar, ya sea directamente o a través de un proveedor del Programa de Farmacia 340B, al menos dos (2) años de experiencia continua documentada en la provisión de programas de medicamentos contra el VIH utilizando el Programa Ryan White o fondos similares del sector público. Esta experiencia debe estar documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA. • Asegurar que todos los medicamentos se compren a través de un participante calificado en el Programa de Precios de Medicamentos 340B y el Programa de Proveedores Principales, ambos a nivel federal, administrados por la Oficina de Asuntos Farmacéuticos de la HRSA. Nota: no mantener los precios de los medicamentos 340B o del proveedor principal puede dar lugar a un resultado de auditoría negativo, la desautorización de costos o la rescisión del contrato adjudicado. El contratista debe mantener la participación en el Programa 340B durante la vigencia del contrato. Todos los medicamentos elegibles deben comprarse de acuerdo con las directrices del Programa 340B y los requisitos del programa. • Asegurar que los proveedores de servicios para VIH del área de Houston estén informados sobre este programa y cómo funcionan los procesos de remisión e inscripción del cliente. El contratista debe conservar la documentación de dichos esfuerzos de mercadeo. • Implementar un proceso consistente para inscribir a pacientes elegibles en los Programas de Asistencia al Paciente de las compañías farmacéuticas disponibles antes de utilizar los recursos del LPAP financiados por la Parte A del Programa Ryan White. • Asegurar que se brinde información sobre el programa a las PLWH, incluyendo las poblaciones históricamente mal
--	---

	atendidas y desatendidas (por ejemplo, afroestadounidenses, hispanos/latinos, asiáticos, nativos americanos, isleños del Pacífico) y mujeres que actualmente no obtienen medicamentos recetados contra el VIH y relacionados con el VIH. • Ofrecer, sin cargo al cliente, opciones de entrega para reabastecimientos de medicamentos, que incluyen, entre otros, mensajería, USPS u otro servicio de entrega de paquetes. Supervisión y operaciones de administración de casos: los trabajadores de vinculación de servicios (SLW) y los administradores de casos médicos (MCM) deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir una supervisión continua que cumpla o supere las normas de atención publicadas. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos del personal:	El contratista es responsable de garantizar que los servicios sean prestados por médicos de medicina interna y obstetras/ginecólogos con licencia estatal, médicos de atención especializada, psiquiatras, enfermeros registrados, enfermeros practicantes, enfermeros vocacionales, farmacéuticos, auxiliares médicos, enfermeros clínicos especialistas, otros profesionales médicos con una calificación de proveedor de colposcopia, tecnólogos en rayos X, dietistas con licencia estatal, trabajador social autorizados y proveedores de atención médica complementaria, de acuerdo con los requisitos de certificación y/o concesión de licencias estatales correspondientes y con conocimiento y experiencia de las enfermedades por VIH. Además, el contratista debe garantizar que se cumplan los siguientes requisitos de personal: Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el director del programa debe ser un psiquiatra con certificación profesional. En todas las modalidades de tratamiento, se deben emplear profesionales paramédicos autorizados y/o certificados (psicólogos autorizados, médicos, enfermeros psiquiátricos practicantes, trabajadores sociales con maestría autorizados, consejeros profesionales autorizados, terapeutas familiares y matrimoniales autorizados, consejeros certificados en abuso de alcohol y drogas, etc.). La documentación de las credenciales, acreditaciones y certificaciones del director debe incluirse en la propuesta. La documentación de las acreditaciones y certificaciones de los profesionales paramédicos debe incluirse en los apéndices de la propuesta. Educación sobre medicamentos y adherencia: el programa debe emplear un RN, LVN, PA, NP, farmacéutico o MD autorizado por el Estado de Texas, que tenga al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH,

para prestar los servicios educativos. Los trabajadores sociales autorizados que tengan al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH también pueden brindar educación y consejería en adherencia.

Evaluación nutricional (atención primaria): los servicios deben ser prestados por un dietista registrado autorizado. Los dietistas deben tener un mínimo de dos (2) años de experiencia brindando consejería y evaluación nutricional a PLWH.

Administración de casos médicos: el programa debe emplear un trabajador social con licencia estatal para prestar servicios de administración de casos médicos. El contratista debe mantener el número asignado de equivalentes a tiempo completo (FTE) de administración de casos médicos durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada administrador de casos médicos y de la persona asignada para supervisar a dichos administradores de casos médicos en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación.**

Vinculación de servicios: el programa debe emplear trabajadores de vinculación de servicios que tengan como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad acreditada con una especialidad (*major*) en ciencias sociales o ciencias de la conducta. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios al cliente a las PLWH puede sustituir el requisito de título de licenciatura en una base 1:1 (un [1] año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por [1] año de universidad). Todos los trabajadores de vinculación de servicios deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral remunerada con PLWH. El contratista debe mantener el número asignado de FTE de vinculación de servicios durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada trabajador de vinculación de servicios y de la persona asignada para supervisar a dichos trabajadores de vinculación de servicios en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación.**

Supervisión de administradores de casos: los trabajadores de vinculación de servicios y los administradores de casos médicos deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención de la partes A y B para EMA/HSDA de Houston respecto a la vinculación de servicios y la administración de casos médicos, conforme corresponda. Un MCM puede supervisar a los SLW.

Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Todos los servicios de atención médica primaria deben cumplir o superar las directrices de tratamiento actuales del DHHS de los Estados Unidos para el tratamiento y manejo de enfermedades por VIH. El contratista debe proporcionar todos los componentes del programa requeridos: atención médica primaria, administración de casos médicos, vinculación de servicios (administración de casos no médicos) y Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP). Servicios de atención médica primaria: los servicios financiados por esta subvención no se pueden utilizar para reemplazar el seguro o reembolsos de Medicare/Medicaid por dichos servicios. Los clientes elegibles para dicho reembolso no podrán ser facturados a este contrato. Los copagos de Medicare y de seguros privados pueden ser elegibles para reembolso según las directrices del Programa de Asistencia de Seguros Médicos (Health Insurance Assistance, HINS) de Ryan White. Los pacientes que necesiten dicha asistencia deben ser remitidos al proveedor local de HINS financiado por el Programa Ryan White para recibir asistencia. Bajo ninguna circunstancia, el contratista podrá facturar al condado la diferencia entre el reembolso de Medicaid, Medicare o seguro a terceros y la lista de tarifas en virtud del contrato. Además, a los clientes potenciales que son elegibles para Medicaid/Medicare o que tienen otros terceros pagadores no se les pueden negar los servicios o remitirlos a otro lugar por parte del contratista en función de su situación de reembolso (es decir, los clientes elegibles para Medicaid/Medicare no pueden ser remitidos a otro lugar con el fin de que cliente no elegibles para Medicaid/Medicare se puedan agregar al contrato). No atender a los clientes elegibles para Medicaid/Medicare en función de su situación de reembolso será motivo para la rescisión inmediata del contrato. Procedimientos de diagnóstico: un solo procedimiento de diagnóstico limitado a los procedimientos de la lista aprobada de procedimientos de diagnóstico (ver a continuación) sin la aprobación previa del condado. Los procedimientos de diagnóstico aprobados se reembolsarán al costo de la factura. Los programas financiados por la Parte A y la Parte A/MAI deben consultar el sitio web de RWGA (www.hcphe.org/rwga) para obtener la lista más actualizada de procedimientos de diagnóstico aprobados y los códigos correspondientes. Los procedimientos de diagnóstico que no figuran en el sitio web deben contar con la aprobación previa de RWGA. Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el cliente no debe ser elegible para los servicios de otros programas/proveedores o cualquier otra fuente de reembolso (es decir, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente
--	--

esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas/proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, siempre y cuando el cliente solicite los otros programas/proveedores, hasta que los otros programas/proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. El programa debe ser supervisado por un psiquiatra e incluir evaluaciones de diagnóstico, evaluaciones de emergencia y psicofarmacoterapia.

Mantenimiento de relaciones de remisiones (acuerdos de punto de entrada, POE): el contratista debe mantener relaciones adecuadas con las entidades que constituyen puntos clave de acceso al sistema de atención médica para las personas con enfermedades por VIH, incluyendo, entre otros, Harris Health System y otras salas de urgencias ubicadas en el EMA de Houston, la Cárcel del Condado de Harris, centros penitenciarios del Departamento de Justicia Criminal de Texas, centros de detención de inmigrantes, programas de tratamiento y desintoxicación por abuso de sustancias, centros de detención para adultos y jóvenes, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de pruebas y consejería en enfermedades por VIH, programas de salud mental y refugios para personas sin hogar. Estas relaciones de remisiones deben documentarse con acuerdos de colaboración por escrito, contratos o memorandos de entendimiento entre el contratista y las entidades de punto de entrada apropiadas, y estar sujetas a auditoría por parte de RWGA. El contratista y el personal de la entidad de POE deben reunirse de manera personal y regular (por ejemplo, semanalmente, quincenalmente, según el volumen de remisiones) para analizar nuevas remisiones a servicios de atención médica primaria. Tales reuniones de casos deben estar documentadas en el registro del cliente y debidamente ingresadas en el CPCDMS.

Uso del sistema de datos CPCDMS: el contratista debe cumplir con las reglas y procedimientos comerciales de CPCDMS. El contratista debe ingresar en el CPCDMS todos los datos clínicos requeridos, incluyendo, entre otros, el tratamiento HAART, incluidos todos los cambios en los regímenes de medicamentos, infecciones oportunistas, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y hepatitis A, B y C, y otros datos de detección y tratamientos clínicos exigidos por HRSA, TDSHS y el condado. El contratista debe realizar actualizaciones de registro de acuerdo con las reglas comerciales de CPCDMS de RWGA para todos los clientes en donde el contratista es la agencia propietaria de registros de CPCDMS del cliente. El contratista debe utilizar un sistema de verificación electrónica para comprobar la situación del seguro/tercero pagador de forma mensual o por visita (lo que sea menos frecuente).

Distribución de pases de autobús: el condado proporcionará al contratista vales para pases de autobús METRO. Los vales para pases de autobús deben distribuirse de acuerdo con las políticas y procedimientos de RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. El contratista solo puede emitir vales para pases de autobús METRO a clientes en los que el contratista sea el contratista propietario del registro CPCDMS. Los vales para pases de autobús METRO se distribuirán de la siguiente manera:

Vencimiento del pase de autobús actual: en aquellas situaciones en las que la fecha de vencimiento del pase de autobús no coincida con la actualización de registro de CPCDMS, el contratista debe distribuir los vales para pases de autobús METRO a los clientes elegibles al vencimiento del pase de autobús actual o cuando una tarjeta de autobús en función de su valor se haya gastado en necesidades de transporte elegible. El contratista puede emitir pases de autobús METRO a clientes elegibles que vivan fuera del área de servicio de METRO en aquellas situaciones en las que el contratista haya documentado en el registro del cliente que el cliente utilizará el sistema METRO para acceder a los servicios de atención médica necesarios relacionados con VIH ubicados en el área de servicio de METRO.

Tarjetas de gasolina: los contratistas de atención médica primaria deben distribuir vales para gasolina a los clientes elegibles que residan en el área de servicio rural de acuerdo con las políticas y procedimientos de la RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. Las tarjetas de gasolina solo están disponibles para contratistas rurales de atención médica primaria sin la aprobación previa de RWGA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: PriCare=300%, EFA=500%, LPAP=(HIV meds)=500%, MCM/SLW/Outreach=none	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier para cuidado primario, asistencia financiera de emergencia: farmacia, administración de casos médicos, vinculación de servicios, extensión, servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP) para HIV meds.		
2. Aumentar la elegibilidad financiera para medicamentos que no son para el VIH al 500 % del nivel federal de pobreza.		
3. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Atención médica primaria integral para pacientes ambulatorios que incluye administración de casos médicos, vinculación de servicios y servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): zonas rurales	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	1. Atención médica para pacientes externos/ambulatorios 2. Administración de casos médicos 3. Asistencia farmacéutica para SIDA (local) 4. Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia 5. Administración de casos (no médicos)
Título de categoría de servicio local:	Atención médica primaria integral para adultos: dirigida a zonas rurales
Monto disponible: Únicamente RWGA	Financiación total estimada disponible: <u>\$0.00</u> (a determinar) 1. Atención médica primaria: <u>\$0.00</u> 2. LPAP: <u>\$0.00</u> 3. Administración de casos médicos: <u>\$0.00</u> 4. Vinculación de servicios: <u>\$0.00</u> Nota: el Consejo de Planificación del Programa Ryan White (RWPC) de Houston determina las asignaciones y reasignaciones anuales generales de las categorías de servicios de la Parte A y MAI. RWGA tiene autoridad exclusiva sobre los montos de adjudicación de contratos.
Población objetivo:	Atención médica primaria integral: dirigida a zonas rurales
Elegibilidad del cliente: edad, género, raza, origen étnico, residencia, etc.	PLWHA que residan en los condados EMA/HSDA de Houston diferentes al condado de Harris (se requiere aprobación previa para los clientes que no pertenezcan a EMA). El contratista debe cumplir con los requisitos de focalización y las limitaciones presupuestarias, conforme corresponda.
Elegibilidad financiera:	<i>Consulte la elegibilidad financiera aprobada del año en curso para EMA/HSDA de Houston</i>
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Atención médica primaria: • No menos del 75 % de los clientes atendidos en una subcategoría objetivo deben ser miembros de la población objetivo con las siguientes excepciones: • El 10 % de los fondos destinados a la atención médica primaria deben reservarse para facturar los procedimientos de diagnóstico al costo real. • Los contratistas no pueden exceder la asignación para cada componente de servicio individual (atención médica primaria, administración de casos médicos, Programa de Asistencia de Farmacia Local y vinculación de servicios) sin la aprobación previa de RWGA. Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP):

	• Directrices del RWPC de Houston para los servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): el contratista ofrecerá medicamentos contra el VIH a partir de un recetario aprobado por un total que no exceda los \$18,000 por año de contrato por cliente. El contratista deberá ofrecer medicamentos relacionados con el VIH por un total que no exceda los \$3,000 por año de contrato por cliente. Estas directrices están determinadas por el RWPC. El RWPC determina las subcategorías que incluirán la financiación LPAP del Programa Ryan White. • Los medicamentos deben proporcionarse de acuerdo con las directrices del EMA de Houston, las reglas y regulaciones de HRSA/HAB y las directrices 340B aplicables de la Oficina de Asuntos Farmacéuticos. • Al menos el 75 % del monto total del presupuesto para los servicios de LPAP debe asignarse únicamente al costo real de los medicamentos y no puede incluir ningún costo de almacenamiento, administrativo, de procesamiento u otros costos asociados con la administración del inventario o la distribución de los medicamentos. Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia • No se permiten pagos directos en efectivo a los clientes. Se espera que todas las otras fuentes de financiamiento en la comunidad para asistencia financiera de emergencia se utilicen de manera efectiva y que cualquier asignación de fondos del RWHAP para estos fines sea como pagador de último recurso y para montos, usos y períodos de tiempo limitados. La provisión continua de un servicio permitido a un cliente no debe financiarse mediante asistencia financiera de emergencia.
Definición(es) de unidad de servicio:	Atención médica para pacientes externos/ambulatorios: una (1) unidad de servicio = una (1) visita al consultorio/clínica de atención primaria que incluye lo siguiente: • Médico/Enfermero practicante de atención primaria, auxiliar médico o enfermero clínico especialista en examen del paciente, y • Educación sobre medicamentos/tratamiento • Acceso/vinculación a medicamentos • Procedimientos especializados de obstetricia (OB)/ginecología (GYN) (según criterio clínico) • Evaluación nutricional (según criterio clínico) • Laboratorio (según criterio clínico, sin incluir pruebas especializadas) • Radiología (según criterio clínico, sin incluir tomografía computarizada [CAT] ni imagen por resonancia magnética [MRI])

	• Verificación/Selección de elegibilidad (conforme sea necesario) • Las visitas de seguimiento en las que el MD/NP/PA no ve al paciente se consideran un componente de la visita original de atención primaria. • Servicios psiquiátricos para pacientes externos: una (1) unidad de servicio = una sola (1) visita al consultorio/clínica en la que el paciente es atendido por un psiquiatra con licencia estatal y apto para acreditación, o bien por un enfermero psiquiátrico practicante calificado. Esta visita puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio de atención primaria. • Plan y evaluación nutricional: una (1) unidad de servicio = un plan de tratamiento y evaluación nutricional integral único realizado por un dietista registrado y autorizado iniciado por orden de un médico. No incluye el suministro de suplementos u otros productos (los clientes pueden ser remitidos al proveedor de terapia nutricional médica financiada por el Programa Ryan White para el suministro de suplementos médicamente necesarios). La visita de evaluación nutricional puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio médico. • Asistencia farmacéutica para SIDA (local): una unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real. • Administración de casos médicos: una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de administración de casos médicos a una PLWHA elegible prestados por un administrador de casos médicos calificado. • Vinculación de servicios (administración de casos no médicos): una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de vinculación de servicios a una PLWHA elegible realizado por un trabajador de vinculación de servicios calificado. • Asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia: una (1) unidad de servicio = una transacción que involucra el surtido de una receta o cualquier otra necesidad permitida de medicamentos contra el VIH y ordenada por un médico calificado. La transacción implicará que se proporcione al menos un artículo al cliente, pero puede ser cualquier múltiplo. El costo de los medicamentos proporcionados al cliente debe facturarse al costo real.
--	---

Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	• La atención médica para pacientes externos/ambulatorios es la prestación de servicios de diagnóstico y terapéuticos profesionales brindados por un médico, auxiliar médico, enfermero clínico especialista o enfermero practicante en un entorno para pacientes ambulatorios. Los entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y furgonetas móviles donde los clientes generalmente no pasan la noche. Los servicios de salas de urgencias no son entornos para pacientes ambulatorios. Los servicios incluyen pruebas de diagnóstico, intervención temprana y evaluación de riesgos, atención y detección preventiva, examen médico, toma de historiales médicos, diagnóstico y tratamiento de afecciones físicas y mentales comunes, prescripción y administración de terapia con medicamentos, educación y consejería en problemas de salud, atención a bebés sanos, atención continua y manejo de afecciones crónicas, así como remisión y prestación de atención especializada (incluye todas las subespecialidades médicas). La atención médica primaria para el tratamiento de infección por VIH incluye la prestación de una atención que se ajuste a las directrices del Servicio de Salud Pública. Dicha atención debe incluir el acceso a terapias antirretrovirales y otras terapias con medicamentos, incluida la profilaxis, el tratamiento de infecciones oportunistas y terapias antirretrovirales combinadas. • La asistencia farmacéutica para SIDA (local) incluye programas de asistencia de farmacia local implementados por las entidades beneficiarias de la Parte A o la Parte B para proporcionar medicamentos contra el VIH/SIDA a los clientes. Esta asistencia se puede financiar con fondos de subvención de la Parte A y/o fondos de adjudicación de la Parte B. Los programas de asistencia farmacéutica local no se financian con fondos asignados de ADAP. • Los servicios de administración de casos médicos (incluyendo la adherencia al tratamiento) son una gama de servicios centrados en el cliente que vinculan a los clientes con servicios de atención médica, psicosociales y otros. La coordinación y el seguimiento de los tratamientos médicos es un componente de la administración de casos médicos. Estos servicios garantizan el acceso oportuno y coordinado a niveles médicamente apropiados de servicios de salud y apoyo y la continuidad de la atención mediante la evaluación constante de las necesidades y sistemas de apoyo personal del cliente y otros familiares clave. La administración de casos médicos incluye la prestación de consejería en adherencia al tratamiento para garantizar la preparación y la adherencia a tratamientos complejos contra el VIH/SIDA. Las actividades clave incluyen (1) evaluación inicial de las necesidades de servicios; (2) desarrollo de un plan de servicio integral e
---	--

	individualizado; (3) coordinación de los servicios necesarios para implementar el plan; (4) seguimiento al cliente para evaluar la eficacia del plan; y (5) reevaluación periódica y adaptación del plan según sea necesario durante la vida del cliente. Comprende la defensa específica del cliente y/o revisión de la utilización de servicios. Esto abarca todo tipo de administración de casos, incluido el contacto personal, telefónico y cualquier otra forma de comunicación. • La administración de casos (no médicos) incluye la prestación de asesoría y asistencia para obtener servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. La administración de casos no médicos no implica la coordinación y el seguimiento de tratamientos médicos, como aplica a la administración de casos médicos. • La asistencia financiera de emergencia proporciona pagos limitados únicos o a corto plazo para ayudar al cliente de RWHAP con una necesidad emergente para pagar servicios públicos básicos, vivienda, alimentos (incluyendo comestibles y vales para alimentos), transporte y medicamentos. La asistencia financiera de emergencia puede producirse como un pago directo a una agencia o mediante un programa de vales.
Normas de atención:	Los contratistas deben adherirse a las normas de atención publicadas de manera más reciente de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston. Los servicios deben cumplir o superar las directrices aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos para el tratamiento de VIH/SIDA.
Definición de categoría de servicio local/Servicios que se prestarán:	Atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios: los servicios incluyen médico, otro profesional médico, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes y coordinación de atención al paciente, todos en el lugar. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante una remisión específica al proveedor de servicios médicos apropiado mediante orden del médico de atención primaria). Los servicios prestados a las mujeres incluirán además servicios de médicos obstetras (OB)/ginecólogos (GYN) y servicios de otro profesional médico en el lugar o por remisión, servicios de obstetricia/ginecología, colposcopia, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes/salud de la mujer, coordinación de atención al paciente y servicios sociales. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para

pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante protocolos específicos de remisión a agencias apropiadas mediante orden del médico de atención primaria).

La atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios debe proporcionar lo siguiente:

- Continuidad de la atención para todas las etapas de la infección por VIH en adultos.
- Servicios de laboratorio y farmacia, incluyendo medicamentos intravenosos (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios, incluyendo el trabajo de laboratorio necesario para la prescripción de medicamentos psiquiátricos cuando sea apropiado (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso al programa ADAP de Texas (ya sea en el sitio o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a programas de medicamentos contra el VIH de uso compasivo (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a protocolos de investigación relacionados con VIH (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Como mínimo, debe cumplir con las normas de atención médica primaria de VIH de las partes A/B para EMA/HSDA de Houston. El contratista debe demostrar de manera continua la capacidad de prestar medicina de atención primaria relacionada con VIH de última generación de acuerdo con las directrices de tratamiento de VIH más recientes del DHHS. Los rápidos avances en los protocolos de tratamiento de VIH requieren que el contratista preste servicios que maximicen en la mayor medida posible la oportunidad del paciente de sobrevivir a largo plazo y mantener la mejor calidad de vida posible.
- Servicios de psiquiatría para pacientes ambulatorios en el lugar.
- Servicios de administración de casos médicos en el lugar.
- Educación sobre medicamentos en el lugar.
- Servicios de fisioterapia (ya sea en el lugar o mediante remisión).
- Remisiones a clínicas especializadas (ya sea en el sitio o mediante remisión).
- Exámenes pélvicos en el lugar según sea necesario para las pacientes con tratamiento de seguimiento adecuado y remisión.
- Consejería nutricional en el lugar por parte de un dietista autorizado.

Los servicios para mujeres también deben proporcionar lo siguiente:

- Atención a mujeres sanas, que incluye, entre otros: prueba de Papanicolaou (PAP), examen pélvico, detección del virus del papiloma humano (HPV), examen de mama, mamografía, reemplazo y educación hormonal, pruebas de embarazo, servicios anticonceptivos excluyendo medicamentos anticonceptivos.
- Atención obstétrica: servicios preparto hasta el posparto, servicios para el parto; educación y tratamiento preventivo perinatal.
- Exámenes de colposcopia en el lugar o por remisión según sea necesario, realizados por un médico obstetra (OB)/ginecólogo (GYN) u otro profesional médico con una calificación de proveedor de colposcopia.
- Servicios sociales, que incluyen, entre otros, proporcionar a las mujeres acceso a cuidado infantil, vales para transporte, vales para alimentos y grupos de apoyo en el sitio de la clínica.

Evaluación nutricional: los servicios incluyen la provisión de información sobre alimentos terapéuticos nutricionales/suplementarios que son beneficiosos para el bienestar y la mejora de las condiciones de salud de los clientes por parte de un dietista autorizado. Los servicios se pueden prestar mediante sesiones educativas o de consejería. Los clientes que reciban estos servicios pueden valerse del proveedor de suplementos nutricionales financiado por la Parte A del Programa Ryan White para obtener los suplementos nutricionales recomendados de acuerdo con las reglas del programa. Los clientes están limitados a una (1) evaluación nutricional por año calendario sin la aprobación previa de RWGA.

Los servicios de educación sobre medicamentos para pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Los educadores en medicamentos deben ser un doctor en medicina (MD) con licencia estatal, un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA), un enfermero (RN, LVN) o un farmacéutico. Se debe obtener una aprobación previa antes de valerse de cualquier otro profesional de la salud no mencionado anteriormente para brindar educación sobre medicamentos.
- Los clientes a los que se les prescribirán regímenes médicos constantes (es decir, ART) deben ser evaluados para su adherencia al tratamiento en cada encuentro clínico utilizando la herramienta de evaluación de adherencia aprobada por EMA. Los clientes con problemas de adherencia relacionados con la falta de comprensión deben recibir más educación

sobre su régimen médico. Los clientes con problemas de adherencia que sean conductuales o que involucren problemas de salud mental deben recibir consejería del administrador de casos médicos, el médico u otro profesional médico y/o el personal de enfermería autorizado y, si está clínicamente indicado, la evaluación y el tratamiento por parte de un psiquiatra o un enfermero psiquiátrico practicante, ambos calificados.

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios:

El programa debe proporcionar lo siguiente:

- Evaluaciones de diagnóstico: evaluación integral para la identificación de trastornos psiquiátricos, evaluación del estado mental, diagnóstico diferencial que puede implicar el uso de otras pruebas clínicas y de laboratorio, formulación de casos y planes de tratamiento o disposición.
- Servicios psiquiátricos de emergencia: evaluación rápida, diagnóstico diferencial, tratamiento agudo, intervención en crisis y remisión. Debe estar disponible las 24 horas, incluyendo la remisión a salas de urgencias.
- Psicoterapia breve: individual, de apoyo, grupal, de pareja, familiar, hipnosis, biorretroalimentación y otros tratamientos psicofisiológicos y modificación de la conducta.
- Psicofarmacoterapia: evaluación y tratamiento con medicamentos de trastornos psiquiátricos, incluidos, entre otros, trastornos de ansiedad, depresión mayor, síndromes de dolor, problemas de control de hábitos, psicosis y trastornos mentales orgánicos.
- Servicios de rehabilitación: entrenamiento físico, psicosocial, conductual y/o cognitivo.

Detección de trastornos oculares: el contratista debe asegurarse que los pacientes reciban la detección y el tratamiento adecuados para CMV, glaucoma, cataratas y otros problemas relacionados.

Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP): LPAP proporciona productos farmacéuticos a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de seguros privados, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. A los clientes elegibles se les puede proporcionar Fuzeon™ para casos concretos con la aprobación previa de la Administración de Subvenciones del Programa Ryan White (Ryan White Grant Administration, RWGA). El costo de Fuzeon™ no se descontará del máximo anual de un cliente. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos relacionados con el VIH recetados por un médico u

otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo (tales como anticonceptivos y medicamentos para la tuberculosis), o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta.

El contratista debe ofrecer todos los medicamentos en el recetario de ADAP de Texas por un total que no exceda los \$18,000.00 por año por contrato por cliente. El contratista debe proporcionar los medicamentos relacionados con el VIH permitidos (es decir, medicamentos que no son para el VIH) por un total que no exceda los \$3,000 por año por contrato por cliente. Se le puede reembolsar al contratista las tarifas por prescripción de ADAP (por ejemplo, \$5/Rx), de acuerdo con las reglas comerciales de RWGA para aquellos clientes de ADAP que no pueden pagar la tarifa por prescripción de ADAP.

Servicios de administración de casos médicos: los servicios incluyen examinar a todos los pacientes de atención médica primaria con el fin de determinar el nivel de necesidad de cada paciente para servicios de administración de casos médicos; realizar una evaluación integral, incluyendo una evaluación de la literatura de salud del paciente, y desarrollar un plan de servicio médico para cada cliente que demuestre una necesidad documentada de tales servicios; monitorear el plan de servicios médicos para asegurar su implementación; y educar al cliente sobre el bienestar, la medicación y el cumplimiento de las citas de atención médica. El administrador de casos médicos actúa como defensor del cliente y como enlace con los proveedores de servicios médicos en nombre del cliente. El administrador de casos médicos asegura el vínculo con la salud mental, el abuso de sustancias y otros servicios para el cliente según lo indicado por el plan de servicios médicos.

Vinculación de servicios: el propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes a obtener los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La vinculación de servicios es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un trabajador de vinculación de servicios por un período indeterminado, según la necesidad del cliente, durante el cual se proporcionan información, remisiones y vinculación de servicios según sea necesario. La vinculación de servicios ayuda a los clientes que no requieren la intensidad de la administración de casos médicos, según las directrices de gestión de calidad de RWGA. La vinculación de servicios se presta tanto en oficinas como en campo. Se espera que los trabajadores de vinculación de servicios coordinen las actividades con las fuentes de remisiones en las que se pueda identificar a las PLWHA recién diagnosticadas o sin atención médica, incluyendo reuniones de casos individuales

	con el personal del centro de pruebas para garantizar la transición exitosa de las remisiones a los servicios de atención primaria. Dicha coordinación de remisiones entrantes comprende reunirse con posibles clientes en la ubicación del proveedor de remisiones para desarrollar una buena relación con las personas antes de la cita inicial de atención primaria de la persona y garantizar que dichas nuevas incorporaciones a los servicios de atención primaria tengan el apoyo suficiente para hacer la transición, a menudo difícil, a la atención médica primaria constante. La vinculación de servicios también incluye un seguimiento para reincorporar a pacientes que abandonan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellos que no han regresado a las citas programadas con el proveedor ni le han proporcionado al proveedor información actualizada sobre su proveedor de atención médica primaria actual (en la situación en la que el paciente pueda haber obtenido un servicio alternativo de otro proveedor de servicios médicos). El contratista debe documentar los esfuerzos con el fin de reincorporar a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de archivar a los pacientes en el CPCDMS. La vinculación de servicios amplía la capacidad de los programas existentes al proporcionar extensión “práctica” y vinculación con los servicios de atención a las PLWHA que actualmente no tienen acceso a los servicios de atención médica primaria. La vinculación de servicios incluye la emisión de vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina según las directrices publicadas de RWGA. La vinculación de servicios complementa y amplía la capacidad de prestación de servicios de los servicios de administración de casos médicos. La asistencia financiera de emergencia: asistencia de farmacia proporciona un suministro limitado de productos farmacéuticos por única vez o a corto plazo de 30 días a pacientes que de otro modo no serían elegibles para medicamentos a través de un seguro privado, Medicaid/Medicare, ADAP estatal, SPAP u otras fuentes. Un reabastecimiento para suministro de hasta 30 días disponible con la aprobación previa de RWGA. Los medicamentos permitidos son solo aquellos incluidos en el recetario de la Parte A del Programa Ryan White del EMA de Houston. Los servicios de medicamentos relacionados con el VIH son la provisión de medicamentos recetados por un médico u otro profesional médico para prevenir un deterioro grave de la salud. No incluye medicamentos disponibles para el paciente a través de otros programas o pagadores o sin cargo, o medicamentos disponibles de venta libre (OTC) sin receta. El contratista debe ofrecer todos los medicamentos del recetario de ADAP de Texas.
Requisitos de la agencia:	Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare. Coordinación de elegibilidad y beneficios: el contratista debe implementar procesos nuevos y constantes de verificación de

elegibilidad de pacientes y coordinación de beneficios que sean favorables al consumidor y cultural y lingüísticamente apropiados, que garanticen la rendición de cuentas con los requisitos de pagador de último recurso del Programa Ryan White, logrando al mismo tiempo la utilización máxima de los beneficios elegibles. Los procesos de elegibilidad deben proporcionar a los clientes una comprensión significativa de sus beneficios, los gastos por cuenta propia previstos y otra información necesaria para garantizar una participación completa y continua en la atención.

LPAP y EFA: servicios de asistencia de farmacia: el contratista debe:

Proporcionar servicios de farmacia en el lugar o mediante una relación contractual establecida que cumpla con todos los requisitos. Los enfoques alternativos (fuera del lugar) deben ser aprobados antes de la implementación por RWGA.

Ya sea directamente o mediante subcontrato con una entidad elegible del Programa de Farmacia 340B, debe:

- Asegurar una solicitud de admisión financiera integral para determinar la elegibilidad del cliente para este programa con el fin de garantizar que estos fondos se utilicen como último recurso para la compra de medicamentos.
- Asegurar la capacidad documentada de interactuar con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas operado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Esta capacidad debe estar completamente documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA.
- Asegurar que la asistencia de medicamentos que se brinda a los clientes no duplique los servicios que ya se prestan en el área de Houston. El proceso para lograr esto debe estar completamente documentado y está sujeto a verificación independiente por parte de RWGA.
- Asegurar, ya sea directamente o a través de un proveedor del Programa de Farmacia 340B, al menos dos (2) años de experiencia continua documentada en la provisión de programas de medicamentos contra el VIH/SIDA utilizando el Programa Ryan White o fondos similares del sector público. Esta experiencia debe estar documentada y está sujeta a verificación independiente por parte de RWGA.
- Asegurar que todos los medicamentos se compren a través de un participante calificado en el Programa de Precios de Medicamentos 340B y el Programa de Proveedores Principales, ambos a nivel federal, administrados por la Oficina de Asuntos Farmacéuticos de la HRSA. Nota: no mantener los precios de los medicamentos 340B o del proveedor principal puede dar lugar a un resultado de auditoría negativo, la desautorización de costos o la rescisión

	del contrato adjudicado. El contratista debe mantener la participación en el Programa 340B durante la vigencia del contrato. Todos los medicamentos elegibles deben comprarse de acuerdo con las directrices del Programa 340B y los requisitos del programa. • Asegurar que los proveedores de servicios para VIH/SIDA del área de Houston estén informados sobre este programa y cómo funcionan los procesos de remisión e inscripción del cliente. El contratista debe conservar la documentación de dichos esfuerzos de mercadeo. • Implementar un proceso consistente para inscribir a pacientes elegibles en los Programas de Asistencia al Paciente de las compañías farmacéuticas disponibles antes de utilizar los recursos del LPAP financiados por la Parte A del Programa Ryan White. • Asegurar que se brinde información sobre el programa a las PLWHA, incluyendo las poblaciones históricamente mal atendidas y desatendidas (por ejemplo, afroestadounidenses, hispanos/latinos, asiáticos, nativos americanos, isleños del Pacífico) y mujeres que actualmente no obtienen medicamentos recetados contra el VIH y relacionados con el VIH. • Ofrecer, sin cargo al cliente, opciones de entrega para reabastecimientos de medicamentos, que incluyen, entre otros, mensajería, USPS u otro servicio de entrega de paquetes. Supervisión y operaciones de administración de casos: los trabajadores de vinculación de servicios (SLW) y los administradores de casos médicos (MCM) deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir una supervisión continua que cumpla o supere las normas de atención publicadas. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos del personal:	El contratista es responsable de garantizar que los servicios sean prestados por médicos de medicina interna y obstetras/ginecólogos con licencia estatal, médicos de atención especializada, psiquiatras, enfermeros registrados, enfermeros practicantes, enfermeros vocacionales, farmacéuticos, auxiliares médicos, enfermeros clínicos especialistas, otros profesionales médicos con una calificación de proveedor de colposcopia, tecnólogos en rayos X, dietistas con licencia estatal, trabajador social autorizados y proveedores de atención médica complementaria, de acuerdo con los requisitos de certificación y/o concesión de licencias estatales correspondientes y con conocimiento y experiencia de las enfermedades por VIH. Además, el contratista debe garantizar que se cumplan los siguientes requisitos de personal:

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el director del programa debe ser un psiquiatra con certificación profesional. En todas las modalidades de tratamiento, se deben emplear profesionales paramédicos autorizados y/o certificados (psicólogos autorizados, médicos, enfermeros psiquiátricos practicantes, trabajadores sociales con maestría autorizados, consejeros profesionales autorizados, terapeutas familiares y matrimoniales autorizados, consejeros certificados en abuso de alcohol y drogas, etc.). La documentación de las credenciales, acreditaciones y certificaciones del director debe incluirse en la propuesta. La documentación de las acreditaciones y certificaciones de los profesionales paramédicos debe incluirse en los apéndices de la propuesta.

Educación sobre medicamentos y adherencia: el programa debe emplear un RN, LVN, PA, NP, farmacéutico o MD autorizado por el Estado de Texas, que tenga al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH/SIDA, para prestar los servicios educativos. Los trabajadores sociales autorizados que tengan al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH/SIDA también pueden brindar educación y consejería en adherencia.

Evaluación nutricional (atención primaria): los servicios deben ser prestados por un dietista registrado autorizado. Los dietistas deben tener un mínimo de dos (2) años de experiencia brindando consejería y evaluación nutricional a PLWHA.

Administración de casos médicos: el programa debe emplear un trabajador social con licencia estatal para prestar servicios de administración de casos médicos. El contratista debe mantener el número asignado de equivalentes a tiempo completo (FTE) de administración de casos médicos durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada administrador de casos médicos y la persona asignada para supervisar a esos administradores de casos médicos en un plazo de 15 días posterior a la contratación.**

Vinculación de servicios: el programa debe emplear trabajadores de vinculación de servicios que tengan como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad acreditada con una especialidad (*major*) en ciencias sociales o ciencias de la conducta. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios al cliente a las PLWHA puede sustituir el requisito de título de licenciatura en una base 1:1 (un [1] año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por [1] año de universidad). Todos los trabajadores de vinculación de servicios

	deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral remunerada con PLWHA. El contratista debe mantener el número asignado de FTE de vinculación de servicios durante la vigencia del contrato. El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada trabajador de vinculación de servicios y la persona asignada para supervisar a esos trabajadores de vinculación de servicios en un plazo de 15 días posterior a la contratación. Supervisión de administradores de casos: los trabajadores de vinculación de servicios y los administradores de casos médicos deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención de la partes A y B para EMA/HSDA de Houston respecto a la vinculación de servicios y la administración de casos médicos, conforme corresponda. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Todos los servicios de atención médica primaria deben cumplir o superar las directrices de tratamiento actuales del DHHS de los Estados Unidos para el tratamiento y manejo de enfermedades por VIH. El contratista debe proporcionar todos los componentes del programa requeridos: atención médica primaria, administración de casos médicos, vinculación de servicios (administración de casos no médicos) y Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP). Servicios de atención médica primaria: los servicios financiados por esta subvención no se pueden utilizar para reemplazar el seguro o reembolsos de Medicare/Medicaid por dichos servicios. Los clientes elegibles para dicho reembolso no podrán ser facturados a este contrato. Los copagos de Medicare y de seguros privados pueden ser elegibles para reembolso según las directrices del Programa de Asistencia de Seguros Médicos (Health Insurance Assistance, HINS) de Ryan White. Los pacientes que necesiten dicha asistencia deben ser remitidos al proveedor local de HINS financiado por el Programa Ryan White para recibir asistencia. Bajo ninguna circunstancia, el contratista podrá facturar al condado la diferencia entre el reembolso de Medicaid, Medicare o seguro a terceros y la lista de tarifas en virtud del contrato. Además, a los clientes potenciales que son elegibles para Medicaid/Medicare o que tienen otros terceros pagadores no se les pueden negar los servicios o remitirlos a otro lugar por parte del contratista en función de su situación de reembolso (es decir, los clientes elegibles para Medicaid/Medicare no pueden ser remitidos a otro lugar con el fin de que cliente no elegibles para Medicaid/Medicare se puedan agregar al contrato). No atender a los clientes elegibles para Medicaid/Medicare en función de su situación de reembolso será motivo para la rescisión inmediata del contrato.

Para los servicios de atención médica primaria dirigidos a la comunidad latina, al menos el 50 % del equipo de atención clínica debe hablar español con fluidez.

Procedimientos de diagnóstico: un solo procedimiento de diagnóstico limitado a los procedimientos de la lista aprobada de procedimientos de diagnóstico (ver a continuación) sin la aprobación previa del condado. Los procedimientos de diagnóstico aprobados se reembolsarán al costo de la factura. Los programas financiados por la Parte A y la Parte A/MAI deben consultar el sitio web de RWGA (www.hcphe.org/rwga) para obtener la lista más actualizada de procedimientos de diagnóstico aprobados y los códigos correspondientes. **Los procedimientos de diagnóstico que no figuran en el sitio web deben contar con la aprobación previa de RWGA.**

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el cliente no debe ser elegible para los servicios de otros programas/proveedores o cualquier otra fuente de reembolso (es decir, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas/proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, siempre y cuando el cliente solicite los otros programas/proveedores, hasta que los otros programas/proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. El programa debe ser supervisado por un psiquiatra e incluir evaluaciones de diagnóstico, evaluaciones de emergencia y psicofarmacoterapia.

Mantenimiento de relaciones de remisiones (acuerdos de punto de entrada, POE): el contratista debe mantener relaciones adecuadas con las entidades que constituyen puntos clave de acceso al sistema de atención médica para las personas con enfermedades por VIH, incluyendo, entre otros, Harris Health System y otras salas de urgencias ubicadas en el EMA de Houston, la Cárcel del Condado de Harris, centros penitenciarios del Departamento de Justicia Criminal de Texas, centros de detención de inmigrantes, programas de tratamiento y desintoxicación por abuso de sustancias, centros de detención para adultos y jóvenes, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de pruebas y consejería en enfermedades por VIH, programas de salud mental y refugios para personas sin hogar. Estas relaciones de remisiones deben documentarse con acuerdos de colaboración por escrito, contratos o memorandos de entendimiento entre el contratista y las entidades de punto de entrada apropiadas, y estar sujetas a auditoría por parte de RWGA. El contratista y el personal de la entidad de POE deben reunirse de manera personal y regular (por ejemplo, semanalmente, quincenalmente, según el volumen de remisiones) para analizar nuevas remisiones a servicios de atención médica primaria. Tales

reuniones de casos deben estar documentadas en el registro del cliente y debidamente ingresadas en el CPCDMS.

Uso del sistema de datos CPCDMS: el contratista debe cumplir con las reglas y procedimientos comerciales de CPCDMS. El contratista debe ingresar en el CPCDMS todos los datos clínicos requeridos, incluyendo, entre otros, el tratamiento HAART, incluidos todos los cambios en los regímenes de medicamentos, infecciones oportunistas, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y hepatitis A, B y C, y otros datos de detección y tratamientos clínicos exigidos por HRSA, TDSHS y el condado. El contratista debe realizar actualizaciones de registro de acuerdo con las reglas comerciales de CPCDMS de RWGA para todos los clientes en donde el contratista es la agencia propietaria de registros de CPCDMS del cliente. El contratista debe utilizar un sistema de verificación electrónica para comprobar la situación del seguro/tercero pagador de forma mensual o por visita (lo que sea menos frecuente).

Distribución de pases de autobús: el condado proporcionará al contratista vales para pases de autobús METRO. Los vales para pases de autobús deben distribuirse de acuerdo con las políticas y procedimientos de RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. El contratista solo puede emitir vales para pases de autobús METRO a clientes en los que el contratista sea el contratista propietario del registro CPCDMS. Los vales para pases de autobús METRO se distribuirán de la siguiente manera:

Vencimiento del pase de autobús actual: en aquellas situaciones en las que la fecha de vencimiento del pase de autobús no coincida con la actualización de registro de CPCDMS, el contratista debe distribuir los vales para pases de autobús METRO a los clientes elegibles al vencimiento del pase de autobús actual o cuando una tarjeta de autobús en función de su valor se haya gastado en necesidades de transporte elegible. El contratista puede emitir pases de autobús METRO a clientes elegibles que vivan fuera del área de servicio de METRO en aquellas situaciones en las que el contratista haya documentado en el registro del cliente que el cliente utilizará el sistema METRO para acceder a los servicios de atención médica necesarios relacionados con VIH ubicados en el área de servicio de METRO.

Tarjetas de gasolina: los contratistas de atención médica primaria deben distribuir vales para gasolina a los clientes elegibles que residan en el área de servicio rural de acuerdo con las políticas y procedimientos de la RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. Las tarjetas de gasolina solo están disponibles para contratistas rurales de atención médica primaria sin la aprobación previa de RWGA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: PriCare=300%, EFA=500%, LPAP=(HIV meds)=500%, MCM/SLW/Outreach=none	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier para cuidado primario, asistencia financiera de emergencia: farmacia, administración de casos médicos, vinculación de servicios, extensión, servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP) para HIV meds.		
2. Aumentar la elegibilidad financiera para medicamentos que no son para el VIH al 500 % del nivel federal de pobreza.		
3. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Atención médica primaria integral para pacientes ambulatorios que incluye administración de casos médicos y servicios de vinculación de servicios: pacientes pediátricos (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	1. Atención médica para pacientes externos/ambulatorios 2. Administración de casos médicos 3. Administración de casos (no médicos)
Título de categoría de servicio local:	Atención médica primaria integral dirigida a pacientes pediátricos
Población objetivo:	Personas infectadas con VIH residentes en el EMA de Houston entre 0 y 18 años de edad. El proveedor puede continuar con los servicios a los clientes inscritos previamente hasta que el cliente cumpla 22 años.
Elegibilidad financiera:	<i>Consulte la elegibilidad financiera aprobada actual para EMA/HSDA de Houston.</i>
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Atención médica primaria: El 10 % de los fondos destinados a la atención médica primaria deben reservarse para facturar los procedimientos de diagnóstico al costo real. Los contratistas no pueden exceder la asignación para cada componente de servicio individual (atención médica primaria, administración de casos médicos y vinculación de servicios) sin la aprobación previa de RWGA.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Atención médica para pacientes externos/ambulatorios: una (1) unidad de servicio = una (1) visita al consultorio/clínica de atención primaria que incluye lo siguiente: • Médico/Enfermero practicante de atención primaria, auxiliar médico o enfermero clínico especialista en examen del paciente, y • Educación sobre medicamentos/tratamiento • Acceso/Vinculación a medicamentos • Procedimientos especializados de obstetricia (OB)/ginecología (GYN) (según criterio clínico) • Evaluación nutricional (según criterio clínico) • Laboratorio (según criterio clínico, sin incluir pruebas especializadas) • Radiología (según criterio clínico, sin incluir tomografía computarizada [CAT] ni imagen por resonancia magnética [MRI]) • Verificación/Selección de elegibilidad (conforme sea necesario) • Las visitas de seguimiento en las que el MD/NP/PA no ve al paciente se consideran un componente de la visita original de atención primaria. • Servicios psiquiátricos para pacientes externos: una (1) unidad

	de servicio = una sola (1) visita al consultorio/clínica en la que el paciente es atendido por un psiquiatra con licencia estatal y apto para acreditación, o bien por un enfermero psiquiátrico practicante calificado. Esta visita puede ocurrir o no en la misma fecha que una visita al consultorio de atención primaria. • Administración de casos médicos: una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de administración de casos médicos a una PLWHA elegible prestados por un administrador de casos médicos calificado. • Vinculación de servicios (administración de casos no médicos): una (1) unidad de servicio = 15 minutos de servicios directos de vinculación de servicios a una PLWHA elegible realizado por un trabajador de vinculación de servicios calificado.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	• La atención médica para pacientes externos/ambulatorios es la prestación de servicios de diagnóstico y terapéuticos profesionales brindados por un médico, auxiliar médico, enfermero clínico especialista o enfermero practicante en un entorno para pacientes ambulatorios. Los entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y furgonetas móviles donde los clientes generalmente no pasan la noche. Los servicios de salas de urgencias no son entornos para pacientes ambulatorios. Los servicios incluyen pruebas de diagnóstico, intervención temprana y evaluación de riesgos, atención y detección preventiva, examen médico, toma de historiales médicos, diagnóstico y tratamiento de afecciones físicas y mentales comunes, prescripción y administración de terapia con medicamentos, educación y consejería en problemas de salud, atención a bebés sanos, atención continua y manejo de afecciones crónicas, así como remisión y prestación de atención especializada (incluye todas las subespecialidades médicas). La atención médica primaria para el tratamiento de infección por VIH incluye la prestación de una atención que se ajuste a las directrices del Servicio de Salud Pública. Dicha atención debe incluir el acceso a terapias antirretrovirales y otras terapias con medicamentos, incluida la profilaxis, el tratamiento de infecciones oportunistas y terapias antirretrovirales combinadas. • Los servicios de administración de casos médicos (incluyendo la adherencia al tratamiento) son una gama de servicios centrados en el cliente que vinculan a los clientes con servicios de atención médica, psicosociales y otros. La coordinación y el seguimiento de los tratamientos médicos es un componente de la administración de casos médicos. Estos servicios garantizan el acceso oportuno y coordinado a niveles médicamente apropiados de servicios de salud y apoyo y la continuidad de la atención mediante la evaluación constante de las necesidades y sistemas de apoyo personal del cliente y otros familiares clave. La administración de casos médicos incluye la prestación de consejería en adherencia al tratamiento para

	garantizar la preparación y la adherencia a tratamientos complejos contra el VIH/SIDA. Las actividades clave incluyen (1) evaluación inicial de las necesidades de servicios; (2) desarrollo de un plan de servicio integral e individualizado; (3) coordinación de los servicios necesarios para implementar el plan; (4) seguimiento al cliente para evaluar la eficacia del plan; y (5) reevaluación periódica y adaptación del plan según sea necesario durante la vida del cliente. Comprende la defensa específica del cliente y/o revisión de la utilización de servicios. Esto abarca todo tipo de administración de casos, incluido el contacto personal, telefónico y cualquier otra forma de comunicación. • La administración de casos (no médicos) incluye la prestación de asesoría y asistencia para obtener servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. La administración de casos no médicos no implica la coordinación y el seguimiento de tratamientos médicos, como aplica a la administración de casos médicos.
Normas de atención:	Los contratistas deben adherirse a las normas de atención publicadas de manera más reciente de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston. Los servicios deben cumplir o superar las directrices aplicables del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos para el tratamiento de VIH/SIDA.
Definición de categoría de servicio local/Servicios que se prestarán:	Atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios: los servicios incluyen médico, otro profesional médico, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes y coordinación de atención al paciente, todo en el lugar. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante una remisión específica al proveedor de servicios médicos apropiado mediante orden del médico de atención primaria). Los servicios prestados a las mujeres incluirán además servicios de médicos obstetras (OB)/ginecólogos (GYN) y servicios de otro profesional médico en el lugar o por remisión, servicios de obstetricia/ginecología, colposcopia, enfermería, flebotomía, radiografía, laboratorio, farmacia, terapia intravenosa, remisión de atención médica domiciliaria, dietista autorizado, educación sobre medicamentos para pacientes/salud de la mujer, coordinación de atención al paciente y servicios sociales. El contratista debe proporcionar continuidad de la atención con servicios para pacientes hospitalizados y servicios de subespecialidades (ya sea en el lugar o mediante protocolos específicos de remisión a agencias apropiadas mediante orden del médico de atención primaria). La atención médica primaria para pacientes externos/ambulatorios debe proporcionar lo siguiente:

- Continuidad de la atención para todas las etapas de la infección por VIH en adultos.
- Servicios de laboratorio y farmacia, incluyendo medicamentos intravenosos (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios, incluyendo el trabajo de laboratorio necesario para la prescripción de medicamentos psiquiátricos cuando sea apropiado (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso al programa ADAP de Texas (ya sea en el lugar o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a programas de medicamentos contra el VIH de uso compasivo (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos).
- Acceso a protocolos de investigación relacionados con VIH (ya sea directamente o mediante sistemas de remisiones establecidos);
- Como mínimo, debe cumplir con las normas de atención médica primaria de VIH de las partes A/B para EMA/HSDA de Houston. El contratista debe demostrar de manera continua la capacidad de prestar medicina de atención primaria relacionada con VIH de última generación de acuerdo con las directrices de tratamiento de VIH más recientes del DHHS. Los rápidos avances en los protocolos de tratamiento de VIH requieren que el contratista preste servicios que maximicen en la mayor medida posible la oportunidad del paciente de sobrevivir a largo plazo y mantener la mejor calidad de vida posible.
- Servicios de psiquiatría para pacientes ambulatorios en el lugar.
- Servicios de administración de casos médicos en el lugar.
- Educación sobre medicamentos en el lugar.
- Servicios de fisioterapia (ya sea en el lugar o mediante remisión).
- Remisiones a clínicas especializadas (ya sea en el sitio o mediante remisión).
- Exámenes pélvicos en el lugar según sea necesario para las pacientes con tratamiento de seguimiento adecuado y remisión.
- Consejería nutricional en el lugar por parte de un dietista autorizado.

Los servicios para mujeres en edad fértil también deben proporcionar lo siguiente:

- Atención a mujeres sanas, que incluye, entre otros: prueba de Papanicolaou (PAP), examen pélvico, examen de mama, mamografía, reemplazo y educación hormonal, pruebas de embarazo, servicios anticonceptivos excluyendo medicamentos anticonceptivos.
- Atención obstétrica: servicios preparto hasta el posparto,

	servicios para el parto; educación y tratamiento preventivo perinatal. • Exámenes de colposcopia en el lugar o por remisión según sea necesario, realizados por un médico obstetra (OB)/ginecólogo (GYN) u otro profesional médico con una calificación de proveedor de colposcopia. • Servicios sociales, que incluyen, entre otros, proporcionar a las mujeres acceso a cuidado infantil, vales para transporte, vales para alimentos y grupos de apoyo en el sitio de la clínica. Los servicios de educación sobre medicamentos para pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos: • Los educadores en medicamentos deben ser un doctor en medicina (MD) con licencia estatal, un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA), un enfermero (RN, LVN) o un farmacéutico. Se debe obtener una aprobación previa antes de valerse de cualquier otro profesional de la salud no mencionado anteriormente para brindar educación sobre medicamentos. • Los clientes a los que se les prescribirán regímenes médicos constantes (es decir, ART) deben ser evaluados para su adherencia al tratamiento en cada encuentro clínico utilizando la herramienta de evaluación de adherencia aprobada por EMA. Los clientes con problemas de adherencia relacionados con la falta de comprensión deben recibir más educación sobre su régimen médico. Los clientes con problemas de adherencia que sean conductuales o que involucren problemas de salud mental deben recibir consejería del administrador de casos médicos, el médico u otro profesional médico y/o el personal de enfermería autorizado y, si está clínicamente indicado, la evaluación y el tratamiento por parte de un psiquiatra o un enfermero psiquiátrico practicante, ambos calificados. Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: El programa debe proporcionar lo siguiente: • Evaluaciones de diagnóstico: evaluación integral para la identificación de trastornos psiquiátricos, evaluación del estado mental, diagnóstico diferencial que puede implicar el uso de otras pruebas clínicas y de laboratorio, formulación de casos y planes de tratamiento o disposición. • Servicios psiquiátricos de emergencia: evaluación rápida, diagnóstico diferencial, tratamiento agudo, intervención en crisis y remisión. Debe estar disponible las 24 horas, incluyendo la remisión a salas de urgencias. • Psicoterapia breve: individual, de apoyo, grupal, de pareja, familiar, hipnosis, biorretroalimentación y otros tratamientos psicofisiológicos y modificación de la conducta. • Psicofarmacoterapia: evaluación y tratamiento con medicamentos de trastornos psiquiátricos, incluidos, entre otros,
--	--

	trastornos de ansiedad, depresión mayor, síndromes de dolor, problemas de control de hábitos, psicosis y trastornos mentales orgánicos. • Servicios de rehabilitación: entrenamiento físico, psicosocial, conductual y/o cognitivo. Detección de trastornos oculares: el contratista debe asegurarse que los pacientes reciban la detección y el tratamiento adecuados para CMV, glaucoma, cataratas y otros problemas relacionados. Servicios de administración de casos médicos: los servicios incluyen examinar a todos los pacientes de atención médica primaria con el fin de determinar el nivel de necesidad de cada paciente para servicios de administración de casos médicos; realizar una evaluación integral, incluyendo una evaluación de la literatura de salud del paciente, y desarrollar un plan de servicio médico para cada cliente que demuestre una necesidad documentada de tales servicios; monitorear el plan de servicios médicos para asegurar su implementación; y educar al cliente sobre el bienestar, la medicación y el cumplimiento de las citas de atención médica. El administrador de casos médicos actúa como defensor del cliente y como enlace con los proveedores de servicios médicos en nombre del cliente. El administrador de casos médicos asegura el vínculo con servicios de salud mental, abuso de sustancias y otros servicios para el cliente según lo indicado por el plan de servicios médicos. Vinculación de servicios: el propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes a obtener los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La vinculación de servicios es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un trabajador de vinculación de servicios por un período indeterminado, según la necesidad del cliente, durante el cual se proporcionan información, remisiones y vinculación de servicios según sea necesario. La vinculación de servicios ayuda a los clientes que no requieren la intensidad de la administración de casos médicos, según las directrices de gestión de calidad de RWGA. La vinculación de servicios se presta tanto en oficinas como en campo. Se espera que los trabajadores de vinculación de servicios coordinen las actividades con las fuentes de remisiones en las que se pueda identificar a las PLWHA recién diagnosticadas o que no reciben atención, incluyendo reuniones de casos individuales con el personal del centro de pruebas para garantizar la transición exitosa de las remisiones a los servicios de atención primaria. Dicha coordinación de remisiones entrantes comprende reunirse con posibles clientes en la ubicación del proveedor de remisiones para desarrollar una buena relación con las personas antes de la cita inicial de atención primaria de la persona y garantizar que dichas nuevas incorporaciones a los servicios de atención primaria tengan el apoyo suficiente para hacer la transición,
--	---

	a menudo difícil, a la atención médica primaria constante. La vinculación de servicios también incluye un seguimiento para reincorporar a pacientes que abandonan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellos que no han regresado a las citas programadas con el proveedor ni le han proporcionado al proveedor información actualizada sobre su proveedor de atención médica primaria actual (en la situación en la que el paciente pueda haber obtenido un servicio alternativo de otro proveedor de servicios médicos). El contratista debe documentar los esfuerzos con el fin de reincorporar a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de archivar a los pacientes en el CPCDMS. La vinculación de servicios amplía la capacidad de los programas existentes al proporcionar extensión “práctica” y vinculación con los servicios de atención a las PLWHA que actualmente no tienen acceso a los servicios de atención médica primaria. La vinculación de servicios incluye la emisión de vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina según las directrices publicadas de RWGA. La vinculación de servicios complementa y amplía la capacidad de prestación de servicios de los servicios de administración de casos médicos.
Requisitos de la agencia:	Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare. Coordinación de elegibilidad y beneficios: el contratista debe implementar procesos nuevos y constantes de verificación de elegibilidad de pacientes y coordinación de beneficios que sean favorables al consumidor y cultural y lingüísticamente apropiados, que garanticen la rendición de cuentas con los requisitos de pagador de último recurso del Programa Ryan White, logrando al mismo tiempo la utilización máxima de los beneficios elegibles. Los procesos de elegibilidad deben proporcionar a los clientes una comprensión significativa de sus beneficios, los gastos por cuenta propia previstos y otra información necesaria para garantizar una participación completa y continua en la atención. Supervisión y operaciones de administración de casos: los trabajadores de vinculación de servicios (SLW) y los administradores de casos médicos (MCM) deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir una supervisión continua que cumpla o supere las normas de atención publicadas. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos del personal:	El contratista es responsable de garantizar que los servicios sean prestados por médicos de medicina interna y obstetras/ginecólogos con licencia estatal, médicos de atención especializada, psiquiatras, enfermeros registrados, enfermeros practicantes, enfermeros vocacionales, farmacéuticos, auxiliares médicos, enfermeros clínicos especialistas, otros profesionales médicos con una calificación de proveedor de colposcopia, tecnólogos en rayos X, dietistas con licencia estatal, trabajador social autorizados y proveedores de atención médica complementaria, de acuerdo con los requisitos de

certificación y/o concesión de licencias estatales correspondientes y con conocimiento y experiencia de las enfermedades por VIH.

Además, el contratista debe garantizar que se cumplan los siguientes requisitos de personal:

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el director del programa debe ser un psiquiatra con certificación profesional. En todas las modalidades de tratamiento, se deben emplear profesionales paramédicos autorizados y/o certificados (psicólogos autorizados, médicos, enfermeros psiquiátricos practicantes, trabajadores sociales con maestría autorizados, consejeros profesionales autorizados, terapeutas familiares y matrimoniales autorizados, consejeros certificados en abuso de alcohol y drogas, etc.). La documentación de las credenciales, acreditaciones y certificaciones del director debe incluirse en la propuesta. La documentación de las acreditaciones y certificaciones de los profesionales paramédicos debe incluirse en los apéndices de la propuesta.

Educación sobre medicamentos y adherencia: el programa debe emplear un RN, LVN, PA, NP, farmacéutico o MD autorizado por el Estado de Texas, que tenga al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH/SIDA, para prestar los servicios educativos. Los trabajadores sociales autorizados que tengan al menos dos (2) años de experiencia remunerada en los cinco (5) años anteriores en atención de VIH/SIDA también pueden brindar educación y consejería en adherencia.

Administración de casos médicos: el programa debe emplear un trabajador social con licencia estatal para prestar servicios de administración de casos médicos. El contratista debe mantener el número asignado de equivalentes a tiempo completo (FTE) de administración de casos médicos durante la vigencia del contrato. **El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada administrador de casos médicos y de la persona asignada para supervisar a dichos administradores de casos médicos en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación.**

Vinculación de servicios: el programa debe emplear trabajadores de vinculación de servicios que tengan como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad acreditada con una especialidad (*major*) en ciencias sociales o ciencias de la conducta. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios al cliente a las PLWHA puede sustituir el requisito de título de licenciatura en una base 1:1 (un [1] año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por [1] año de universidad). Todos

	los trabajadores de vinculación de servicios deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral remunerada con PLWHA. El contratista debe mantener el número asignado de FTE de vinculación de servicios durante la vigencia del contrato. El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada trabajador de vinculación de servicios y de la persona asignada para supervisar a dichos trabajadores de vinculación de servicios en un plazo de 30 días posteriores al inicio del año de la subvención y, posteriormente, en un plazo de 15 días posteriores a la contratación. Supervisión de administradores de casos: los trabajadores de vinculación de servicios y los administradores de casos médicos deben actuar dentro de la infraestructura clínica del contratista y recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención de la partes A y B para EMA/HSDA de Houston respecto a la vinculación de servicios y la administración de casos médicos, conforme corresponda. Un MCM puede supervisar a los SLW.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Todos los servicios de atención médica primaria deben cumplir o superar las directrices de tratamiento actuales del DHHS de los Estados Unidos para el tratamiento y manejo de enfermedades por VIH. El contratista debe proporcionar todos los componentes del programa requeridos: atención médica primaria, administración de casos médicos y vinculación de servicios (administración de casos no médicos). Servicios de atención médica primaria: los servicios financiados por esta subvención no se pueden utilizar para reemplazar el seguro o reembolsos de Medicare/Medicaid por dichos servicios. Los clientes elegibles para dicho reembolso no podrán ser facturados a este contrato. Los copagos de Medicare y de seguros privados pueden ser elegibles para reembolso según las directrices del Programa de Asistencia de Seguros Médicos (Health Insurance Assistance, HINS) de Ryan White. Los pacientes que necesiten dicha asistencia deben ser remitidos al proveedor local de HINS financiado por el Programa Ryan White para recibir asistencia. Bajo ninguna circunstancia, el contratista podrá facturar al condado la diferencia entre el reembolso de Medicaid, Medicare o seguro a terceros y la lista de tarifas en virtud del contrato. Además, a los clientes potenciales que son elegibles para Medicaid/Medicare o que tienen otros terceros pagadores no se les pueden negar los servicios o remitirlos a otro lugar por parte del contratista en función de su situación de reembolso (es decir, los clientes elegibles para Medicaid/Medicare no pueden ser remitidos a otro lugar con el fin de que cliente no elegibles para Medicaid/Medicare se puedan agregar al contrato). No atender a los clientes elegibles para Medicaid/Medicare en función de

su situación de reembolso será motivo para la rescisión inmediata del contrato.

Procedimientos de diagnóstico: un solo procedimiento de diagnóstico limitado a los procedimientos de la lista aprobada de procedimientos de diagnóstico (ver a continuación) sin la aprobación previa del condado. Los procedimientos de diagnóstico aprobados se reembolsarán al costo de la factura. Los programas financiados por la Parte A y la Parte A/MAI deben consultar el sitio web de RWGA (www.hcphe.org/rwga) para obtener la lista más actualizada de procedimientos de diagnóstico aprobados y los códigos correspondientes. **Los procedimientos de diagnóstico que no figuran en el sitio web deben contar con la aprobación previa de RWGA.**

Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios: el cliente no debe ser elegible para los servicios de otros programas/proveedores o cualquier otra fuente de reembolso (es decir, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas/proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, siempre y cuando el cliente solicite los otros programas/proveedores, hasta que los otros programas/proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. El programa debe ser supervisado por un psiquiatra e incluir evaluaciones de diagnóstico, evaluaciones de emergencia y psicofarmacoterapia.

Mantenimiento de relaciones de remisiones (acuerdos de punto de entrada. POE): el contratista debe mantener relaciones adecuadas con las entidades que constituyen puntos clave de acceso al sistema de atención médica para las personas con enfermedades por VIH, incluyendo, entre otros, Harris Health System y otras salas de urgencias ubicadas en el EMA de Houston, la Cárcel del Condado de Harris, centros penitenciarios del Departamento de Justicia Criminal de Texas, centros de detención de inmigrantes, programas de tratamiento y desintoxicación por abuso de sustancias, centros de detención para adultos y jóvenes, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de pruebas y consejería en enfermedades por VIH, programas de salud mental y refugios para personas sin hogar. Estas relaciones de remisiones deben documentarse con acuerdos de colaboración por escrito, contratos o memorandos de entendimiento entre el contratista y las entidades de punto de entrada apropiadas, y estar sujetas a auditoría por parte de RWGA. El contratista y el personal de la entidad de POE deben reunirse de manera personal y regular (por ejemplo, semanalmente, quincenalmente, según el volumen de remisiones) para analizar nuevas remisiones a servicios de atención médica primaria. Tales reuniones de casos deben estar

documentadas en el registro del cliente y debidamente ingresadas en el CPCDMS.

Uso del sistema de datos CPCDMS: el contratista debe cumplir con las reglas y procedimientos comerciales de CPCDMS. El contratista debe ingresar en el CPCDMS todos los datos clínicos requeridos, abarcando, entre otros, el tratamiento HAART, incluidos todos los cambios en los regímenes de medicamentos, infecciones oportunistas, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y hepatitis A, B y C, y otros datos de detección y tratamientos clínicos exigidos por HRSA, TDSHS y el condado. El contratista debe realizar actualizaciones de registro de acuerdo con las reglas comerciales de CPCDMS de RWGA para todos los clientes en donde el contratista es la agencia propietaria de registros de CPCDMS del cliente. El contratista debe utilizar un sistema de verificación electrónica para comprobar la situación del seguro/tercero pagador de forma mensual o por visita (lo que sea menos frecuente).

Distribución de pases de autobús: el condado proporcionará al contratista vales para pases de autobús METRO. Los vales para pases de autobús deben distribuirse de acuerdo con las políticas y procedimientos de RWGA, las normas de atención y las directrices de elegibilidad financiera. El contratista solo puede emitir vales para pases de autobús METRO a clientes en los que el contratista sea el contratista propietario del registro CPCDMS.

Los vales para pases de autobús METRO se distribuirán de la siguiente manera:

Vencimiento del pase de autobús actual: en aquellas situaciones en las que la fecha de vencimiento del pase de autobús no coincida con la actualización de registro de CPCDMS, el contratista debe distribuir los vales para pases de autobús METRO a los clientes elegibles al vencimiento del pase de autobús actual o cuando una tarjeta de autobús en función de su valor se haya gastado en necesidades de transporte elegible. El contratista puede emitir pases de autobús METRO a clientes elegibles que vivan fuera del área de servicio de METRO en aquellas situaciones en las que el contratista haya documentado en el registro del cliente que el cliente utilizará el sistema METRO para acceder a los servicios de atención médica necesarios relacionados con VIH ubicados en el área de servicio de METRO.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: PriCare=300%, EFA=500%, LPAP=(HIV meds)=500%, MCM/SLW/Outreach=none	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier para cuidado primario, asistencia financiera de emergencia: farmacia, administración de casos médicos, vinculación de servicios, extensión, servicios del Programa de Asistencia de Farmacia Local (LPAP) para HIV meds.		
2. Aumentar la elegibilidad financiera para medicamentos que no son para el VIH al 500 % del nivel federal de pobreza.		
3. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Administración de casos clínicos (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Administración de casos médicos
Título de categoría de servicio local:	Administración de casos clínicos (CCM)
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Costo unitario
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	No aplicable.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	<i>Los servicios de administración de casos médicos (incluyendo la adherencia al tratamiento) son una gama de servicios centrados en el cliente que vinculan a los clientes con servicios de atención médica, psicosociales y otros. La coordinación y el seguimiento de los tratamientos médicos es un componente de la administración de casos médicos. Estos servicios garantizan el acceso oportuno y coordinado a niveles médicamente apropiados de servicios de salud y apoyo, así como la continuidad de la atención mediante la evaluación constante de las necesidades y sistemas de apoyo personal del cliente y otros familiares clave. La administración de casos médicos incluye la prestación de consejería en adherencia al tratamiento para garantizar la preparación y la adherencia a tratamientos complejos contra el VIH/SIDA. Las actividades clave incluyen (1) evaluación inicial de las necesidades de servicios; (2) desarrollo de un plan de servicio integral e individualizado; (3) coordinación de los servicios necesarios para implementar el plan; (4) seguimiento al cliente para evaluar la eficacia del plan; y (5) reevaluación periódica y adaptación del plan según sea necesario durante la vida del cliente. Comprende la defensa específica del cliente y/o revisión de la utilización de servicios. Esto abarca todo tipo de administración de casos, incluido el contacto personal, telefónico y cualquier otra forma de comunicación.</i>

Definición de categoría de servicio local:	Administración de casos clínicos: identificar y detectar a los clientes que están accediendo a servicios relacionados con el VIH de un sistema de prestación de servicios clínicos que brinda tratamiento/consejería de salud mental y/o servicios de tratamiento por abuso de sustancias; evaluar el historial médico y psicosocial de cada cliente y las necesidades de servicio actuales; desarrollar y actualizar regularmente un plan de servicios clínicos con base en las necesidades y elecciones del cliente; implementar el plan de manera oportuna; proporcionar información, remisiones y asistencia con la vinculación a servicios médicos y psicosociales según sea necesario; realizar seguimiento de la eficacia y la calidad de los servicios mediante reevaluaciones periódicas; abogar en nombre de los clientes para reducir las brechas en los servicios y eliminar las barreras a los servicios que ayudan a los clientes a desarrollar y utilizar habilidades y estrategias para la vida independiente. Ayudar a los clientes a obtener los recursos necesarios, incluyendo vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina, según las políticas publicadas de HCPHES/RWGA.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Los servicios estarán disponibles para los clientes infectados con VIH elegibles que residan en la EMA de Houston; se dará prioridad a los clientes más necesitados. Todos los clientes que reciben servicios serán atendidos sin distinción de edad, género, raza, color, religión, origen nacional, orientación sexual o discapacidad. Los servicios se dirigirán a personas de bajos ingresos con VIH/SIDA que demuestren necesidades médicas múltiples, de salud mental, consumo/abuso de sustancias y psicosociales, que incluyen, entre otros: consejería (profesional) en salud mental; tratamiento por abuso de sustancias; atención médica primaria; atención especializada; tratamiento alternativo; medicamentos, colocación en un centro médico; apoyo emocional; necesidades básicas de alimentos, ropa y alojamiento; transporte; servicios legales y servicios vocacionales. Los servicios también estarán dirigidos a clientes que no pueden funcionar en la comunidad debido a barreras que incluyen, entre otras, enfermedades mentales y trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas y abuso de sustancias, falta extrema de conocimiento sobre los servicios disponibles, incapacidad para mantener la independencia financiera, incapacidad para completar los formularios necesarios, incapacidad para organizar y cumplir citas médicas y de ayudas sociales (<i>entitlement</i>), falta de vivienda, deterioro de afecciones médicas, analfabetismo, barreras lingüísticas/culturales y/o ausencia del habla, la vista, el oído o la movilidad. <i>La administración de casos clínicos</i> está destinada a atender a clientes elegibles, especialmente a aquellos grupos de población mal atendidos o desatendidos que incluyen los siguientes: afroestadounidenses, hispanos/latinos, mujeres y niños, veteranos,

	sordos/con problemas de audición, abusadores de sustancias, personas sin hogar y homosexuales/lesbianas/transexuales.
Servicios que se prestarán:	Provisión de actividades de administración de casos clínicos realizadas por el administrador de casos clínicos. <i>La administración de casos clínicos es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un administrador de casos clínicos durante un período de tiempo definido en función de las necesidades evaluadas del cliente. Los servicios de administración de casos clínicos incluyen realizar una evaluación integral y desarrollar un plan de servicios clínicos para cada cliente; realizar seguimiento al plan para asegurar su implementación; y educar al cliente sobre el bienestar, la medicación y el cumplimiento de la atención médica para maximizar el beneficio de los servicios de tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias. El administrador de casos clínicos actúa como defensor del cliente y como enlace con los proveedores de tratamientos de salud mental, por abuso de sustancias y médicos en nombre del cliente. El administrador de casos clínicos asegura la vinculación con servicios de salud mental, abuso de sustancias, atención médica primaria y otros servicios para el cliente, según lo indicado por el plan de servicios clínicos. El administrador de casos clínicos llevará a cabo evaluaciones de salud mental y abuso/consumo de sustancias de acuerdo con las directrices de gestión de calidad de RWGA. El plan de servicios debe reflejar un debate constante sobre el tratamiento de salud mental y/o el tratamiento por abuso de sustancias, la atención médica primaria y la adherencia a medicamentos, de acuerdo con las necesidades del cliente. La administración de casos clínicos se presta tanto en oficinas como en campo. Los administradores de casos clínicos interactuarán con el sistema de prestación de atención médica primaria conforme sea necesario para garantizar que los servicios estén integrados y sean complementarios al plan de tratamiento médico del cliente.</i>
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Una unidad de servicio se define como 15 minutos de servicios directos al cliente y cargos permitidos.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Personas infectadas con VIH que residen en EMA de Houston.
Requisitos de la agencia:	<i>Los servicios de administración de casos clínicos cumplirán con las normas de atención para administración de casos clínicos publicadas por HCPHES/RWGA y las políticas y procedimientos publicados y/o revisados, incluyendo la vinculación al sistema de datos CPCDMS.</i> <i>Los servicios de administración de casos clínicos deben ser</i>

prestados por una agencia con un historial documentado y capacidad actual para brindar servicios de consejería de salud mental (categorías b., c. y d., como se indica en *Monto disponible* anteriormente) o servicios de tratamiento por abuso de sustancias a PLWH/A (categoría a. bajo *Monto disponible* anteriormente) en el EMA de Houston. Específicamente, un solicitante para esta categoría de servicio debe demostrar claramente que ha prestado servicios de tratamiento de salud mental (por ejemplo, consejería profesional) o servicios de tratamiento por abuso de sustancias (conforme corresponda a la categoría específica de MCP a la que se postula) en el calendario anterior o año de subvención a personas con un diagnóstico de VIH. La documentación aceptable para dichas actividades de tratamiento incluye documentación normalizada de presentación de informes de los sistemas de datos *ARIES* del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas o *CPCDMS* del condado, el informe de servicios de Ryan White (RSR), los informes del programa SAMSHA o TDSHS/SAS, u otros datos publicados verificables. Los datos enviados para cumplir con este requisito están sujetos a auditoría por parte de HCPHES/RWGA antes de recomendar una adjudicación. **No se aceptan datos no verificables generados por agencias.** Además, la agencia solicitante debe demostrar que tiene la capacidad de continuar brindando tratamiento de salud mental y/o servicios de tratamiento por abuso de sustancias durante la duración de la vigencia del contrato y cualquier renovación subsiguiente de un año. La documentación aceptable de dicha capacidad continua incluye fondos actuales del Programa Ryan White (todas las partes), fondos relacionados con el VIH de TDSHS (Ryan White, servicios estatales, servicios para abuso de sustancias financiados por el estado), SAMSHA y otros fondos federales, estatales y/o públicos o privados en curso relacionados con el VIH para tratamientos de salud mental y/o servicios de tratamiento por abuso de sustancias. Los comprobantes de dichos fondos deben estar documentados en la solicitud y están sujetos a verificación independiente por parte de HCPHES/RWGA antes de que se recomiende una adjudicación.

La pérdida de fondos y la correspondiente pérdida de capacidad para brindar consejería en salud mental o servicios de tratamiento por abuso de sustancias, conforme corresponda, puede dar lugar a la rescisión de servicios de administración de casos clínicos adjudicados bajo esta categoría de servicio. La elegibilidad continua para la financiación de los servicios de administración de casos clínicos depende explícitamente de que la agencia solicitante mantenga una capacidad verificable para prestar servicios de consejería en salud mental o tratamiento por abuso de sustancias conforme corresponda a las PLWH/A durante la vigencia del contrato.

	La agencia solicitante debe estar certificada por Medicaid y Medicare.
Requisitos del personal:	Los administradores de casos clínicos deben dedicar al menos el 42 % (867 horas por equivalente a tiempo completo o FTE) de su tiempo a brindar servicios directos de administración de casos. Los servicios directos de administración de casos incluyen cualquier actividad con un cliente (personal o por teléfono), comunicación con otros proveedores de servicios u otros seres queridos para acceder a los servicios del cliente, monitorear la atención del cliente y acompañar a los clientes a los servicios. Las actividades indirectas incluyen viajes desde y hacia la residencia o agencia de un cliente, reuniones de personal, supervisión, educación comunitaria, documentación y entrada de computadoras. Las actividades directas de administración de casos deben documentarse en el sistema centralizado de gestión de datos de atención al paciente (CPCDMS), de acuerdo con las reglas comerciales del CPCDMS. <i>Debe cumplir con las normas de atención aplicables de las partes A y B del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston de HCPH/RWGA:</i> <u>Requisitos mínimos:</u> Los administradores de casos clínicos deben tener como mínimo una licenciatura de una institución universitaria o universidad acreditada con una especialización en ciencias sociales o del comportamiento y tener una licencia vigente y en regla del estado de Texas (LBSW, LSW, LMSW, LCSW, LPC, LPC- I, LMFT, LMFT-A o un nivel de acreditación superior). El administrador de casos clínicos puede supervisar al trabajador de vinculación de servicios. El CCM dirigido a las PLWHA hispanas debe demostrar fluidez verbal y escrita en español. <u>Supervisión:</u> El administrador de casos clínicos (CCM) debe actuar con la infraestructura clínica de la agencia solicitante y recibir supervisión de acuerdo con los requisitos de acreditación de CCM. Como mínimo, el CCM debe recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención para administración de casos clínicos de las partes A y B del Programa Ryan White publicadas por HCPHES/RWGA. Si la agencia solicitante también tiene trabajadores de vinculación de servicios financiados en virtud de la Parte A del Programa Ryan White, el CCM puede supervisar a los trabajadores de vinculación de servicios. La supervisión proporcionada por un CCM que <u>no</u> es específica del cliente se considera tiempo indirecto y no es facturable.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	El contratista debe emplear administradores de casos clínicos de tiempo completo. Se debe obtener la aprobación previa de RWGA para dividir los puestos de CCM equivalentes a tiempo completo (FTE) entre otros contratos o para emplear personal a tiempo

	parcial. El contratista debe proporcionar a RWGA los nombres de cada administrador de casos clínicos y el supervisor del programa a más tardar el 30 de marzo de 2017. El contratista debe informar a RWGA por escrito de cualquier cambio en el personal asignado al contrato en un plazo de siete (7) días hábiles posteriores al cambio. El contratista debe cumplir con las reglas y procedimientos comerciales del sistema de datos de CPCDMS. El contratista debe realizar los registros de nuevos clientes de CPCDMS y las actualizaciones de registro para los clientes que necesitan servicios de vinculación de servicios constante, así como para aquellos clientes a los que es posible que solo se necesite establecer la elegibilidad del sistema de atención. El contratista debe emitir vales para pases de autobús de acuerdo con las políticas y procedimientos de HCPHES/RWGA.
--	---

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: Sin elegibilidad financiera	
1. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		
2. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Vinculación de servicios en centros de pruebas (Fecha de revisión: 03/03/14)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Administración de casos no médicos
Título de categoría de servicio local:	A. Vinculación de servicios dirigida a PLWH sin atención médica y recién diagnosticadas en el EMA/HSDA de Houston Las personas portadoras del VIH (PLWH) sin atención médica son aquellas que conocen su condición respecto al VIH, pero que no han participado activamente en servicios de atención médica primaria para pacientes ambulatorios durante más de seis (6) meses. Las personas portadoras del VIH (PLWH) recién diagnosticadas son aquellas que se enteraron de su condición respecto al VIH en los últimos seis meses y que actualmente no reciben atención médica primaria para pacientes ambulatorios ni servicios de administración de casos, como se documenta en el sistema de datos CPCDMS. B. Vinculación de servicios, atención y prevención dirigidos a jóvenes: servicios de vinculación de servicios dirigidos a jóvenes (de 13 a 24 años de edad), incluyendo un enfoque en jóvenes recién diagnosticados y sin atención médica en la EMA de Houston. *Las personas portadoras del VIH (PLWH) sin atención médica son jóvenes que conocen su condición respecto al VIH, pero que no han participado activamente en servicios de atención médica primaria para pacientes ambulatorios en los últimos seis (6) meses. *Los jóvenes recién diagnosticados son aquellos que se enteraron de su condición respecto al VIH en los últimos seis meses y que actualmente no reciben atención médica primaria para pacientes ambulatorios ni servicios de administración de casos, como se documenta en el sistema de datos CPCDMS.
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Los servicios de intervención temprana, incluyendo pruebas de VIH y los servicios integrales de consejería en riesgos (CRCS), deben contar con el apoyo de financiación alternativa (por ej., TDSHS, CDC) y es posible que no se carguen a este contrato.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	La administración de casos (no médicos) incluye la prestación de asesoría y asistencia para obtener servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. La administración de casos no médicos no implica la coordinación y el seguimiento de tratamientos médicos, como aplica a la administración de casos médicos. Los servicios de intervención temprana (EIS) incluyen brindar consejería a las personas con respecto al VIH; pruebas (incluyendo pruebas para confirmar la presencia de la enfermedad, pruebas para diagnosticar el grado de inmunodeficiencia, pruebas para

	proporcionar información sobre las medidas terapéuticas adecuadas); remisiones; otros servicios clínicos y de diagnóstico relacionados con el VIH; evaluaciones médicas periódicas para personas con VIH; y proporcionar medidas terapéuticas.
Definición de categoría de servicio local:	A. Vinculación de servicios: proporcionar actividades permitidas de vinculación de servicios y extensión del Programa Ryan White a personas portadoras del VIH (PLWHA) <i>sin atención médica</i> o recién diagnosticadas que conocen su situación pero que no están inscritas actualmente en la atención médica primaria para pacientes ambulatorios con información, remisiones y asistencia con vinculación a servicios de salud mental, abuso de sustancias y psicosociales según sea necesario; abogar en nombre de los clientes para reducir las brechas en los servicios y eliminar las barreras a los servicios que ayudan a los clientes a desarrollar y utilizar habilidades y estrategias para la vida independiente. Ayudar a los clientes a obtener los recursos necesarios, incluyendo vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina, según las políticas publicadas de HCPH/RWGA. B. Vinculación de servicios, atención y prevención dirigidos a jóvenes: brindar actividades de vinculación de servicios y extensión adecuadas del Programa Ryan White a jóvenes VIH positivos recién diagnosticados y/o sin atención médica que conocen su condición, pero que actualmente no están inscritos en atención médica primaria para pacientes ambulatorios con información, remisiones y asistencia con la vinculación de servicios médicos, de salud mental, abuso de sustancias y servicios psicosociales según sea necesario; abogar en su nombre para reducir las brechas de servicio y eliminar las barreras a los servicios; ayudar a los jóvenes a desarrollar y utilizar habilidades y estrategias para la vida independiente. Ayudar a los clientes a obtener los recursos necesarios, incluyendo vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina, según las políticas publicadas de HCPH/RWGA. Brindar administración integral de casos médicos a jóvenes VIH positivos identificados a través de actividades de extensión y difusión.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	A. Vinculación de servicios: los servicios estarán disponibles para los clientes infectados con VIH elegibles que residan en EMA/HSDA de Houston; se dará prioridad a los clientes más necesitados. Todos los clientes que reciben servicios serán atendidos sin distinción de edad, género, raza, color, religión, origen nacional, orientación sexual o discapacidad. Los servicios se dirigirán a personas de bajos ingresos con VIH que demuestren necesidades médicas múltiples, de salud mental, consumo/abuso de sustancias y psicosociales, que incluyen, entre otros: consejería en salud mental; tratamiento por abuso de sustancias; atención médica primaria; atención especializada; tratamiento alternativo; medicamentos, colocación en un centro médico; apoyo emocional; necesidades básicas de alimentos, ropa y alojamiento; transporte; servicios

legales y servicios vocacionales. Los servicios también estarán dirigidos a clientes que no pueden funcionar en la comunidad debido a barreras que incluyen, entre otras, enfermedades mentales y trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas y abuso de sustancias, falta extrema de conocimiento sobre los servicios disponibles, incapacidad para mantener la independencia financiera, incapacidad para completar los formularios necesarios, incapacidad para organizar y cumplir citas médicas y de ayudas sociales (*entitlement*), falta de vivienda, deterioro de afecciones médicas, analfabetismo, barreras lingüísticas/culturales y/o ausencia del habla, la vista, el oído o la movilidad.

La vinculación de servicios está destinada a atender a los clientes elegibles en EMA/HSDA de Houston, especialmente aquellos grupos de población mal atendidos o desatendidos que incluyen los siguientes: afroestadounidenses, hispanos/latinos, mujeres y niños, veteranos, sordos/con problemas de audición, abusadores de sustancias, personas sin hogar y homosexuales/lesbianas/transexuales.

B. Vinculación de servicios, atención y prevención dirigidos a jóvenes: los servicios estarán disponibles para jóvenes (13 a 24 años) infectados con VIH elegibles que residan en EMA/HSDA de Houston; se dará prioridad a los clientes más necesitados. Todos los jóvenes que reciben servicios serán atendidos sin importar la edad (es decir, limitado a aquellos que tienen entre 13 y 24 años), género, raza, color, religión, origen nacional, orientación sexual o discapacidad. Los servicios se dirigirán a jóvenes de bajos ingresos con VIH que demuestren necesidades médicas múltiples, de salud mental, consumo/abuso de sustancias y psicosociales, que incluyen, entre otros: consejería en salud mental; tratamiento por abuso de sustancias; atención médica primaria; atención especializada; tratamiento alternativo; medicamentos, colocación en un centro médico; apoyo emocional; necesidades básicas de alimentos, ropa y alojamiento; transporte; servicios legales y servicios vocacionales. Los servicios también estarán dirigidos a jóvenes que no pueden funcionar en la comunidad debido a barreras que incluyen, entre otras, enfermedades mentales y trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas y abuso de sustancias, falta extrema de conocimiento sobre los servicios disponibles, incapacidad para mantener la independencia financiera, incapacidad para completar los formularios necesarios, incapacidad para organizar y cumplir citas médicas y de ayudas sociales (*entitlement*), falta de vivienda, deterioro de afecciones médicas, analfabetismo, barreras lingüísticas/culturales y/o ausencia del habla, la vista, el oído o la movilidad.

La vinculación de servicios, atención y prevención dirigidas a los

	jóvenes está destinada a atender a los jóvenes elegibles en la EMA/HSDA de Houston, especialmente a aquellos grupos de población mal atendidos o desatendidos que incluyen los siguientes: afroestadounidenses, hispanos/latinos, abusadores de sustancias, personas sin hogar y homosexuales/lesbianas/transexuales.
Servicios que se prestarán:	Objetivo (A): vinculación de servicios: la expectativa es que un solo trabajador de vinculación de servicios equivalente a tiempo completo (FTE) dirigido a PLWH sin atención médica y/o recién diagnosticadas pueda atender aproximadamente a 80 PLWH recién diagnosticadas o sin atención médica por año. El propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes a obtener los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La vinculación de servicios es un acuerdo de trabajo entre un cliente y un trabajador de vinculación de servicios (SLW) por un período indeterminado, según la necesidad del cliente, durante el cual se proporcionan información, remisiones y vinculación de servicios según sea necesario. El propósito de la vinculación de servicios es ayudar a los clientes que no requieren la intensidad de la <i>administración de casos clínicos o médicos</i>, según lo determinado por las directrices de gestión de calidad de RWGA. La vinculación de servicios se presta tanto en <u>oficinas como en campo</u> y puede incluir la emisión de vales para pases de autobús y tarjetas de gasolina según las directrices publicadas. La vinculación de servicios dirigida a las PLWH sin atención médica y/o recién diagnosticadas amplía la capacidad de los programas existentes con un historial documentado de identificación de PLWH sin atención médica y/o recién diagnosticadas al proporcionar una extensión “práctica” y vinculación con los servicios de atención para las PLWH que actualmente no tienen acceso a los servicios de atención médica primaria. Para asegurar la vinculación a un sistema de apoyo constante, los clientes elegibles identificados y financiados bajo este contrato, incluyendo aquellos que pueden obtener sus servicios médicos a través de programas no financiados por el Programa Ryan White, deben ser transferidos a un programa de atención médica primaria, un programa de administración de casos clínicos o un programa de vinculación de servicios —todos financiados por el Programa Ryan White— en un plazo de 90 días posteriores al inicio de los servicios, según se documenta en los sistemas de datos ECLIPS y CPCDMS. Aquellos clientes que elijan acceder a la atención médica primaria de una fuente que no sea el Programa Ryan White, incluyendo los médicos privados, <u>pueden recibir servicios constantes de vinculación de servicios del proveedor</u> o deben ser transferidos a un lugar de administración de casos médicos, administración de casos clínicos (CCM) o atención médica primaria, según las necesidades y

	las preferencias del cliente. OBJETIVO (B): este esfuerzo continuará con un programa de <i>vinculación de servicios, atención y prevención para involucrar a jóvenes seropositivos para VIH</i>, dirigido a jóvenes (de 13 a 24 años) con un enfoque en jóvenes de color. Este servicio está diseñado para llegar a jóvenes de color seropositivos para VIH que no participan en la atención clínica y para vincularlos con servicios clínicos, de apoyo y preventivos adecuados. Los objetivos específicos son los siguientes: (1) efectuar actividades de extensión (vinculación de servicios) para ayudar a jóvenes seropositivos a conocer su condición respecto al VIH, (2) vincular a jóvenes infectados con VIH con servicios de atención primaria y (3) prevenir la transmisión de la infección con VIH por parte de los clientes seleccionados.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Una (1) unidad de servicio se define como 15 minutos de servicios directos al cliente y cargos permitidos.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera actual para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Personas infectadas con VIH sin atención médica y/o recién diagnosticadas que residen en el EMA de Houston.
Requisitos de la agencia:	Los servicios de vinculación de servicios cumplirán con las normas de atención para vinculación de servicios publicadas por HCPH/RWGA y las políticas y procedimientos publicados y/o revisados, incluyendo la vinculación al sistema de datos CPCDMS. <u>La agencia debe cumplir con todas las normas, políticas y procedimientos comerciales aplicables de <i>ECLIPS</i> del DHHS de la Ciudad de Houston y de <i>CPCDMS</i> de HCPH/RWGA.</u> La vinculación de servicios dirigida a PLWH sin atención médica o recién diagnosticadas debe planificarse y ofrecerse en coordinación con los programas locales de prevención/extensión del VIH para evitar la duplicación de servicios; asimismo, debe diseñarse con presentación de informes de programas cuantificados que se adapten a la evaluación de la eficacia local. El contratista debe documentar las vinculaciones establecidas con las agencias que atienden a clientes infectados con VIH o que atienden a personas que son miembros de grupos de población de alto riesgo (por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas inyectables, trabajadores de la industria del sexo, jóvenes condenados por sistema de justicia juvenil, reclusos de cárceles y prisiones estatales y locales). El contratista debe tener acuerdos formales de colaboración, remisión o punto de entrada (POE) con los proveedores de atención primaria para el VIH financiados por el Programa Ryan White.
Requisitos del personal:	Los trabajadores de vinculación de servicios deben dedicar al menos el 42 % (867 horas por equivalente a tiempo completo) de su tiempo a prestar servicios directos al cliente. Los servicios directos de

	vinculación de servicios y de administración de casos incluyen cualquier actividad con un cliente (personal o por teléfono), comunicación con otros proveedores de servicios u otros seres queridos para acceder a los servicios del cliente, monitorear la atención del cliente y acompañar a los clientes a los servicios. Las actividades indirectas incluyen viajes desde y hacia la residencia o agencia de un cliente, reuniones de personal, supervisión, educación comunitaria, documentación y entrada de computadoras. Las actividades directas de administración de casos deben documentarse en el CPCDMS, de acuerdo con las reglas comerciales del sistema. <i>Debe cumplir con las normas de atención aplicables de las partes A y B del Programa Ryan White publicadas por HCPH/RWGA:</i> <u>Requisitos mínimos:</u> Los trabajadores de vinculación de servicios deben tener como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad acreditada con una especialidad (<i>major</i>) en ciencias sociales o ciencias de la conducta. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios al cliente a las PLWH puede sustituir el requisito de título de licenciatura en una base 1:1 (un [1] año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por [1] año de universidad). Todos los trabajadores de vinculación de servicios deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral remunerada con PLWH. <u>Supervisión:</u> El trabajador de vinculación de servicios debe actuar dentro de la infraestructura clínica de la agencia solicitante y recibir supervisión constante que cumpla o supere las normas de atención para vinculación de servicios de las partes A y B del Programa Ryan White publicadas por HCPH/RWGA.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	El contratista debe tener la capacidad de proporcionar seguimiento de salud pública por parte de especialistas en intervención de enfermedades (DIS) calificados para ubicar, identificar, informar y remitir a las PLWH recién diagnosticadas y sin atención médica a servicios de atención médica primaria para pacientes ambulatorios. El contratista debe realizar registros de nuevos clientes en CPCDMS y, para aquellos clientes recién diagnosticados o sin atención médica remitidos a proveedores de atención primaria no vinculados al Programa Ryan White, actualizaciones de registro según las reglas comerciales de RWGA para aquellos que necesitan servicios de vinculación de servicios constante, así como para aquellos clientes a los que es posible que solo se necesite establecer la elegibilidad del sistema de atención. Esta categoría de servicio no distribuye habitualmente pases de autobús. Sin embargo, si así lo indica RWGA, el contratista debe emitir vales para pases de autobús, de acuerdo con las políticas y procedimientos de HCPH/RWGA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: Sin elegibilidad financiera	
1. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		
2. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
3.		

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Coordinación de la atención (administración de casos no médicos) dirigida a trastornos por consumo de sustancias
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos. Los costos médicos directos y el tratamiento o consejería por abuso de sustancias no se pueden facturar en virtud de este contrato.
Definición de categoría de servicio del DSHS:	La coordinación de la atención es una serie continua de servicios que permiten a las personas portadoras del VIH recibir servicios de manera integral. Los servicios que forman parte de la serie continua de coordinación de la atención incluyen administración de casos (tanto médicos como no médicos, servicios de extensión, remisión para atención médica y educación en salud/reducción de riesgos). El modelo de administración de casos no médicos (N-MCM) responde a las necesidades inmediatas de una persona portadora del VIH (PLWH) e incluye la prestación de asesoramiento y asistencia para obtener prestaciones médicas, sociales, comunitarias, legales, financieras, de asistencia social, de vivienda y otros servicios necesarios. Los servicios de administración de casos no médicos (N-MCM) brindan orientación y asistencia para acceder a servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. Los servicios de N-MCM también pueden incluir ayudar a las personas elegibles portadoras del VIH (PLWH) a obtener acceso a otros programas públicos y privados para los que pueden ser elegibles, tales como Medicaid, Medicare Parte D, Programas Estatales de Asistencia de Farmacia, Programas de Asistencia al Paciente de fabricantes farmacéuticos, otros servicios estatales o locales de apoyo y atención médica, o bien planes del Mercado de Cuidado de Salud (Marketplace) de seguros médicos. Esta categoría de servicio incluye varios métodos de comunicación (por ejemplo, presencial, contacto telefónico y cualquier otra forma de comunicación), según lo considere apropiado la Parte B del Programa Ryan White, Grupo de Servicios de Atención del VIH del DSHS de Texas. Limitación: los servicios de administración de casos no médicos no implican la coordinación ni el seguimiento de tratamientos médicos.
Definición de categoría de servicio local:	Administración de casos no médicos: el propósito de la administración de casos no médicos (N-MCM) dirigida a trastornos por consumo de sustancias (SUD) es ayudar a las PLWH con la adquisición de los servicios necesarios para que se mitiguen los problemas asociados con ser portador del VIH. La administración de casos no médicos dirigida a trastornos por

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	consumo de sustancias está destinada a atender a personas elegibles portadoras del VIH en EMA/HSDA de Houston que también enfrentan las dificultades de trastornos por consumo de sustancias. La administración de casos no médicos es un acuerdo de trabajo entre una PLWH y un administrador de casos no médicos por un período indeterminado, según las necesidades de las PLWH, durante el cual se proporciona información, remisiones y administración de casos no médicos, según sea necesario, y ayuda a las PLWH que no requieren la intensidad de la administración de casos médicos. La administración de casos no médicos se realiza tanto en el consultorio como en el campo. Se espera que las N-MCM coordine actividades con fuentes de remisión donde se puedan identificar PLWH recién diagnosticadas o sin atención médica, incluyendo tratamiento o consejería para trastornos por consumo de sustancias y/o personal de apoyo para la recuperación. Dicha coordinación de remisiones entrantes comprende reunirse con PLWH potenciales en el lugar del proveedor de remisiones con el fin de desarrollar una relación y garantizar que haya suficiente apoyo disponible. La administración de casos no médicos también incluye un seguimiento para volver a vincular a los pacientes que abandonan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento son aquellas PLWH que no han regresado a las citas programadas con el proveedor ni han proporcionado información actualizada sobre su proveedor de atención médica primaria actual (en la situación en la que las PLWH puedan haber obtenido un servicio alternativo de otro proveedor médico). El contratista debe documentar los esfuerzos para volver a vincular a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de cerrar a los pacientes en el CPCDMS. La administración de casos no médicos amplía la capacidad de los programas existentes al proporcionar alcance “práctico” y vinculación con los servicios de atención a aquellas PLWH que actualmente no están accediendo a los servicios de atención médica primaria.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	La administración de casos no médicos dirigida a SUD está destinada a atender a personas elegibles portadoras del VIH en la EMA/HSDA de Houston, especialmente a aquellos grupos de población desatendidos o mal atendidos que también enfrentan dificultades de trastornos por consumo de sustancias. Las poblaciones objetivo también deben incluir personas que abusan de medicamentos recetados o que consumen sustancias ilegales o drogas recreativas y también tienen las siguientes condiciones: - Transgénero, - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM), - Mujeres, o - Personas encarceladas o liberadas recientemente del encarcelamiento.

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Servicios que se prestarán:	Objetivos: el objetivo principal de la N-MCM dirigida a SUD es mejorar el estado de salud de las PLWH que consumen sustancias mediante la promoción de vínculos entre los programas de tratamiento comunitarios de trastornos por consumo de sustancias, clínicas de salud y otros proveedores de servicios sociales. La N-MCM dirigida a SUD deberá tener un enfoque planificado y coordinado para asegurar que las PLWH tengan acceso a todos los servicios sociales y de salud disponibles necesarios para obtener un nivel óptimo de funcionamiento. La N-MCM dirigida a SUD se centrará en el cambio de comportamiento, la reducción de riesgos y lesiones, la retención en la atención del VIH y la reducción del riesgo de transmisión del VIH. La expectativa es que cada equivalente a tiempo completo (FTE) de administración de casos no médicos dirigida a SUD pueda atender aproximadamente a 80 PLWH por año. Propósito: promover el manejo de la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la recuperación de trastornos por consumo de sustancias brindando una administración integral de casos no médicos y apoyo para PWLH que también están lidiando con trastornos por consumo de sustancias, por una parte, y apoyo a sus familias y parejas, por otra. La N-MCM dirigida a SUD ayuda a las PLWH con la adquisición de los servicios necesarios para mitigar los problemas asociados con ser portador del VIH. La N-MCM dirigida a SUD es un acuerdo de trabajo entre una persona portadora del VIH y un administrador de casos no médicos (N-MCM) por un período indeterminado, con base en la necesidad identificada, durante el cual se proporciona información, remisiones y administración de casos no médicos según sea necesario. El propósito de la N-MCM dirigida a SUD es ayudar a las PLWH que no requieren la intensidad de la <i>administración de casos clínicos o médicos</i>. La N-MCM dirigida a SUD tiene lugar en la comunidad (es decir, se presta tanto en el <u>consultorio como en el campo</u>). Esta administración de casos no médicos se dirige a las PLWH que también lidian con dificultades de trastornos por consumo de sustancias. La N-MCM también brinda alcance “práctico” y vinculación con los servicios de atención a aquellas PLWH que actualmente no están accediendo a los servicios de atención médica primaria. Los esfuerzos pueden incluir la coordinación con otros proveedores de administración de casos para garantizar que las necesidades especializadas de las PLWH que están lidiando con un trastorno por consumo de sustancias sean atendidas completamente. Para esta población, esto no es una duplicación de servicio, sino más bien un conjunto de actividades coordinadas acordadas que delinean
-----------------------------	---

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	claramente las funciones únicas y separadas de los N-MCM y los administradores de casos médicos que trabajan de manera conjunta y colaborativa con el conocimiento y consentimiento de las PLWH con el fin de parcializar y priorizar los objetivos para lograrlos de forma eficaz. Los N-MCM deben ofrecer actividades que mejoren la motivación de las PLWH en el volumen de casos de N-MCM para reducir sus riesgos de sobredosis y cómo las actividades de reducción de riesgos pueden verse afectadas por el consumo de sustancias y los comportamientos sexuales. Los N-MCM utilizarán técnicas de entrevista motivacional y el modelo transteórico de cambio (DiClemente y Prochaska, etapas de cambio). Los N-MCM deben promover y alentar el ingreso a los servicios para trastornos por consumo de sustancias y hacer remisiones, si corresponde, para las PLWH que necesitan un tratamiento formal de trastornos por consumo de sustancias u otros servicios de apoyo para la recuperación. Sin embargo, los N-MCM se asegurarán de que las PLWH no estén obligadas a participar en los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias como condición para recibir los servicios. Para aquellas PLWH en tratamiento, los N-MCM deben abordar los servicios continuos y el apoyo para el alta, la prevención de sobredosis y la planificación de la atención posterior durante y después del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y las hospitalizaciones médicas. Los N-MCM deben garantizar que, en su trabajo con las PLWH, se utilicen la información, los métodos y las herramientas adecuados de reducción de riesgos y lesiones. La información, los métodos y las herramientas se basarán en las últimas investigaciones científicas y las mejores prácticas relacionadas con la reducción del riesgo sexual y de los riesgos de transmisión del VIH. Los métodos y herramientas deben incluir, entre otros, una variedad de condones efectivos y otras herramientas para relaciones sexuales más seguras, así como herramientas para la reducción del riesgo de abuso de sustancias, información, análisis y remisión sobre profilácticos previos a la exposición (PrEP) para parejas sexuales o consumidoras de drogas de PLWH, así como para la prevención de sobredosis. Los N-MCM deben poner a disposición de las PLWH apropiadas información y materiales sobre la prevención de sobredosis como parte de la reducción de daños y lesiones. Aquellas PLWH que opten por acceder a la atención médica primaria de una fuente ajena a Ryan White, incluidos médicos privados, pueden recibir servicios continuos de administración de casos no médicos del proveedor.
--	--

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG):	Una unidad de servicio se define como 15 minutos de servicios directos o coordinación de la atención en nombre de PLWH.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>Elegibilidad financiera para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el Consejo de Planificación del Programa Ryan White (RWPC).
Elegibilidad del cliente:	PLWH que enfrentan dificultades por el consumo o abuso de sustancias y dependencia. Residentes de la HSDA de Houston.
Requisitos de la agencia (solo TRG):	Estos servicios cumplirán con las normas de atención y las políticas y procedimientos para la administración de casos no médicos dirigida a trastornos por consumo de sustancias, publicados por TRG, cuando se publiquen y/o revisen. Esto incluye la vinculación con el sistema de datos CPCDMS, así como con las normas universales del DSHS y las normas de atención para la administración de casos no médicos. La N-MCM dirigida a SUD debe planificarse y prestarse en coordinación con los programas locales de tratamiento/prevenición/extensión del VIH para evitar la duplicación de servicios. Debe concebirse con base en elaboración de informes cuantificados de programas que se adapten a la evaluación de la eficacia local. Los beneficiarios secundarios deben documentar los vínculos establecidos con las agencias que prestan servicios a PLWH o a personas que pertenecen a grupos de población de alto riesgo (p. ej., hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas inyectables, trabajadores de la industria del sexo, jóvenes condenados por el sistema de justicia juvenil, presos de cárceles y prisiones estatales y locales). El contratista debe tener acuerdos formales de colaboración, remisión o de punto de entrada (POE) con los proveedores de atención primaria de VIH financiados por el Programa Ryan White.
Requisitos del personal:	<u>Requisitos mínimos:</u> Los trabajadores de administración de casos no médicos deben tener como mínimo una licenciatura de un centro universitario o universidad, ambos acreditados, con una especialización en ciencias sociales o del comportamiento. La experiencia laboral remunerada documentada en la prestación de servicios a PLWH se puede sustituir por el requisito de título de licenciatura en una relación 1:1 (un (1) año de experiencia remunerada documentada se puede sustituir por un (1) año de universidad). Todos los trabajadores de administración de casos no médicos deben tener un mínimo de un (1) año de experiencia laboral con PLWH y/o trastornos por consumo de sustancias. <u>Supervisión:</u> El trabajador de administración de casos no médicos debe desempeñarse dentro de la infraestructura clínica de la agencia solicitante y recibir una supervisión continua que cumpla o supere

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	las normas de atención para la administración de casos no médicos dirigida a trastornos por consumo de sustancias publicadas por TRG.
Requisitos especiales (solo TRG):	Debe cumplir con las normas de atención del HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas universales y las normas de atención para administración de casos no médicos del DSHS. La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio. El contratista debe estar autorizado en Texas para prestar de manera directa tratamiento o consejería en consumo de sustancias. Los servicios de administración de casos no médicos se pueden prestar a través de telesalud y deben seguir las leyes aplicables de privacidad federales y del estado de Texas.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: Sin elegibilidad financiera	
1. Recomendar al Comité de Prioridades y Asignaciones que aumente la financiación para todos los servicios de administración de casos, específicamente el incremento de salarios para reducir la rotación de personal.		
2. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A de Ryan White para EMA/HSDA de Houston Asistencia financiera de emergencia: otros (Revisado en abril de 2020)	
Título de la categoría de servicio de la HRSA:	Asistencia financiera de emergencia
Título de categoría de servicio local:	Asistencia financiera de emergencia: otros
Código de categoría de servicio (uso exclusivo de RWGA):	
Monto disponible (uso exclusivo de RWGA):	
Tipo de presupuesto (uso exclusivo de RWGA):	Híbrido
Requisitos o restricciones de presupuesto:	No se permiten pagos directos en efectivo a los clientes. Se espera que todas las otras fuentes de financiación en la comunidad para asistencia financiera de emergencia (EFA, por sus siglas en inglés) se utilicen de manera efectiva, y que cualquier asignación de fondos del Programa de VIH/SIDA de Ryan White (RWHAP, por sus siglas en inglés) para estos propósitos sea como pagador de último recurso, por montos, usos y períodos de tiempo limitados. La prestación continua de un servicio permitido a un cliente no debe financiarse a través de la EFA. La agencia debe establecer prioridades, delinear y monitorear qué parte de la asignación general para asistencia de emergencia está comprometida para cada subcategoría. Es necesario un monitoreo cuidadoso de los gastos dentro de una subcategoría de “asistencia de emergencia” para asegurar que se implementen los montos planificados para servicios específicos, así como para determinar cuándo puedan ser necesarias las reasignaciones. Al menos el 75 % del monto total del presupuesto debe asignarse únicamente al costo real de los desembolsos. Costo unitario permitido máximo para la provisión de cupones para alimentos y/o asistencia de servicios públicos a un cliente elegible = \$xx.00/unidad
Definición de categoría de servicio de la HRSA (no cambiar ni modificar):	Asistencia financiera de emergencia. Proporciona pagos limitados por una sola vez o de corto plazo con el fin de ayudar al cliente del RWHAP con una necesidad emergente para pagar servicios públicos esenciales, vivienda, alimentos (incluyendo comestibles y cupones para alimentos), transporte y medicamentos. La asistencia financiera de emergencia puede darse como un pago directo a una agencia o mediante un programa de cupones.
Definición de categoría de servicio local:	La asistencia financiera de emergencia se proporciona con frecuencia limitada y por un período de tiempo limitado, con una frecuencia y duración de asistencia específicas. La necesidad emergente debe documentarse cada vez que se utilizan los fondos. Las necesidades de subsistencia esenciales de emergencia incluyen alimentos, teléfono y servicios públicos (es decir, electricidad, agua, gas y todas las tarifas requeridas) para personas portadoras del VIH (PLWH, por sus siglas en inglés) elegibles.
Población objetivo (edad,	PLWH que viven dentro del Área Metropolitana Elegible (EMA,

género, geografía, raza, origen étnico, etc.):	por sus siglas en inglés) de Houston.
Servicios que se prestan:	La asistencia financiera de emergencia proporciona fondos a través de: • Pagos a corto plazo a agencias • Establecimiento de programas de cupones Los servicios que se prestan incluyen los siguientes: • Cupones para alimentos • Servicios públicos (gas, agua, servicio telefónico básico y electricidad) La agencia debe cumplir con las siguientes directrices al prestar estos servicios: • La asistencia debe ser en forma de cupones pagaderos a proveedores, comerciantes, etc. No se pueden realizar pagos directamente a clientes individuales o familiares. • Las limitaciones en la provisión de asistencia de emergencia a individuos/hogares elegibles deben delinearse y aplicarse de manera consistente a todos los clientes. • Servicios de apoyo permitidos con un límite de \$800/año/cliente.
Definición(es) de unidad de servicio: (uso exclusivo de Servicios para el VIH)	Una unidad de servicio se define como la provisión de cupones para alimentos y/o asistencia de servicios públicos a un cliente elegible.
Elegibilidad financiera:	Consulte <i>Elegibilidad financiera para servicios de EMA de Houston</i> aprobada por RWPC.
Elegibilidad del cliente:	PLWHA que residan en el EMA de Houston (se requiere aprobación previa para clientes que no sean del EMA).
Requisitos de agencias:	La agencia debe ser doblemente adjudicada, ya que el subreceptor del Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOWPA, por sus siglas en inglés) trabaja en estrecha colaboración con otros proveedores de servicios para minimizar la duplicación de servicios y garantizar que se brinde asistencia solo cuando no haya alternativas razonables disponibles. Se espera que todas las otras fuentes de financiación en la comunidad para asistencia de emergencia se utilicen de manera efectiva, y que cualquier asignación de fondos de asistencia financiera de emergencia (EFA, por sus siglas en inglés) para estos propósitos sea como pagador de último recurso, por montos, usos y períodos de tiempo limitados. Además, la agencia debe documentar la capacidad de remitir clientes para alimentos, transporte y otras necesidades de otros proveedores de servicios cuando la necesidad del cliente esté justificada.
Requisitos del personal:	Ninguno
Requisitos especiales:	La agencia debe: Cumplir con las políticas del programa de la categoría de servicio de asistencia financiera de emergencia y de normas de atención del Área Metropolitana Elegible (EMA)/Área de Prestación de Servicios de Salud (HSDA) de Houston.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #3		Fecha: 04/20/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 400%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: Parte B y servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos
Monto disponible:	Por determinar
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	El contratista no debe gastar más del 20 % de los fondos en transacciones de desembolsos. El 80 % restante de los fondos debe gastarse en el costo real del (de los) pago(s) desembolsado(s). Las tarifas por prescripción del ADAP no se permiten en esta categoría de servicio.
Definición de categoría de servicio local:	Asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos: la categoría de servicio “Asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos” está destinada a ayudar a personas portadoras del VIH a mantener la continuidad de la atención médica sin deficiencias en la cobertura del seguro médico o interrupciones de tratamiento. Un programa de asistencia financiera para el pago de primas y copagos del seguro médico, coseguro y deducibles para permitir que personas elegibles enfermas por VIH utilicen su seguro médico existente de asistencia pública (por ejemplo, Medicare) o a terceros. Para los propósitos de esta categoría de servicio, el seguro médico también incluye el seguro dental independiente. <u>Copago:</u> un requisito de costos compartidos que le exige al asegurado pagar un monto específico en dólares por cada unidad de servicio. <u>Coseguro:</u> un requisito de costos compartidos que le exige al asegurado pagar un porcentaje de los costos por los servicios o medicamentos recetados cubiertos. <u>Deducible:</u> un requisito de costos compartidos que le exige al asegurado pagar cierto monto por atención médica o medicamentos recetados antes de que el plan de medicamentos recetados u otro seguro comience a pagar. <u>Prima:</u> el monto pagado por el asegurado a una compañía de seguros para obtener o mantener una póliza de seguro. <u>Obligación fiscal por crédito fiscal anticipado para primas (APTC):</u> obligación fiscal asociada con la conciliación APTC; tope de reembolso del 50 % del impuesto adeudado hasta un máximo de \$500.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Todos los clientes elegibles del Programa Ryan White con cobertura de seguro de terceros (COBRA, pólizas privadas, planes médicos calificados, CHIP, Medicaid, Medicare y Medicare Supplemental) dentro del HSDA de Houston.
Servicios que se prestarán:	El contratista puede brindar asistencia con lo siguiente: • Primas de seguros, • Y deducibles, coseguros y/o copagos.
Definición de unidad de servicio (solo TRG):	Una unidad de servicio consistirá en el pago de primas de seguro médico, copagos, coseguro, deducible o una combinación.

Definición de categoría de servicio: Parte B y servicios estatales del DSHS

Elegibilidad financiera:	Planes del Mercado de Cuidado de Salud (Marketplace) de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA): del 100 al 400 % de las directrices federales sobre pobreza. El 400 % o menos de las directrices federales sobre pobreza para todos los demás planes de seguro. Excepción: los clientes que se inscribieron antes del 1 de noviembre de 2015 mantendrán su elegibilidad en los años subsiguientes del plan, incluso si están por debajo del 100 % o entre el 400 % y el 500 % de las directrices federales sobre pobreza.
Elegibilidad del cliente:	Personas portadoras del VIH en el HSDA de Houston y que tienen seguro o son elegibles (dentro de las directrices de elegibilidad financiera local) para comprar un plan médico calificado a través del Mercado de Cuidado de Salud (Marketplace).
Requisitos de la agencia (solo TRG):	La agencia debe cumplir con lo siguiente: • Proporcionar una solicitud/admisión financiera general para determinar la elegibilidad del cliente para este programa con el fin de asegurar que estos fondos se utilicen como último recurso para que el cliente se valga de su seguro existente o sea elegible para comprar un plan de salud calificado a través del Mercado de Cuidado de Salud (Marketplace). • No se colocará a los clientes en listas de espera ni se pospondrán o denegarán los servicios de asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos sin notificar a la agencia administrativa. • Realizar mercadeo con los proveedores de servicios para VIH/SIDA del área de Houston con el fin de informar a dichas entidades sobre este programa y cómo funcionan los procesos de remisión e inscripción de clientes. • Establecer acuerdos formales por escrito con todas las agencias prestadoras de servicios de atención primaria, salud mental y abuso de sustancias financiadas por el Programa Ryan White (partes A, B, C, D) del HSDA de Houston con el fin de permitir que los clientes de estas agencias se inscriban en la asistencia del seguro médico en el centro de su proveedor de servicios de atención primaria, salud mental o abuso de sustancias (es decir, no es necesario que el cliente se presente físicamente ante el proveedor de seguro médico). • Valerse de la priorización de asistencia de costos compartidos aprobada por el Consejo de Planificación del Programa Ryan White cuando los fondos limitados lo justifican (<u>las primas tienen prioridad</u>). O Clasificación de prioridad de solicitudes (en orden descendente): ▪ Copagos y deducibles de medicamentos contra el VIH (medicamentos en el formulario de ADAP de Texas) ▪ Copagos y deducibles de medicamentos no relacionados con el VIH

Definición de categoría de servicio: Parte B y servicios estatales del DSHS

	▪ Copagos por visitas a proveedores (por ejemplo, visitas al médico y/o copagos de laboratorio) ▪ Primas de la Parte D (Rx) de Medicare ▪ Obligación fiscal por APTC ▪ Gastos por cuenta propia fuera de la red Se vale de la metodología de gastos por cuenta propia del consumidor aprobada por el Consejo de Planificación del Programa Ryan White.
Requisitos especiales (solo TRG):	Debe cumplir con las normas de atención para asistencia de seguros médicos del DSHS y las normas de atención para asistencia de seguros médicos de la HSDA de Houston. Debe cumplir con la orientación actualizada del DSHS. Debe cumplir con la política y el procedimiento de asistencia de seguros médicos de Eastern HASA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 0 - 400% plan de Mercado: debe tener subsidio	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Asistencia para copagos y coseguro de seguros médicos (Fecha de revision: 21/05/15)	
Título de categoría de servicio de la HRSA:	Asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos
Título de categoría de servicio local:	Copagos y coseguro de seguros médicos
Tipo de presupuesto:	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias:	La agencia no debe gastar más del 20 % de los fondos en transacciones de desembolso. El 80 % restante de los fondos debe gastarse en el costo real del (de los) pago(s) desembolsado(s).
Definición de categoría de servicio de la HRSA:	<i>La asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos</i> es la prestación de asistencia financiera a las personas portadoras de VIH elegibles para mantener la continuidad del seguro médico o para recibir beneficios médicos en virtud de un programa de seguro médico. Esto incluye pagos de primas, grupos de riesgos, copagos y deducibles.
Definición de categoría de servicio local:	Un programa de asistencia financiera para el pago de primas de seguro médico, deducibles, coseguros, copagos y pagos de obligaciones fiscales asociados con la conciliación del crédito fiscal anticipado para primas (APTC) con el fin de permitir que las personas elegibles con enfermedades por VIH utilicen su seguro médico a terceros o seguro médico de asistencia pública (por ejemplo, Medicare). <u>Copago</u>: un requisito de costo compartido que requiere que el asegurado pague un monto específico en dólares por cada unidad de servicio. <u>Coseguro</u>: un requisito de costo compartido que requiere que el asegurado pague un porcentaje de los costos por los servicios/medicamentos recetados cubiertos. <u>Deducible</u>: un requisito de costo compartido que requiere que el asegurado pague un cierto monto por atención médica o medicamentos recetados, antes de que el plan de medicamentos recetados u otro seguro comience a pagar. <u>Prima</u>: el monto pagado por el asegurado a una compañía de seguros para obtener o mantener una póliza de seguro. <u>Obligación fiscal por APTC</u>: la diferencia que se paga en una declaración de impuestos si los pagos anticipados de crédito que se pagaron a un proveedor de atención médica fueron mayores que el crédito elegible real.

Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Todos los clientes elegibles de Ryan White con cobertura de seguro de terceros (COBRA, pólizas privadas, planes de salud calificados, CHIP, Medicaid, Medicare y Medicare Supplemental) dentro del EMA de Houston.
Servicios que se prestarán:	Provisión de asistencia financiera con primas, deducibles, coseguros y copagos. También incluye pagos de obligaciones fiscales asociados con la conciliación de APTC hasta el 50 % de la obligación con un máximo de \$500.
Definición(es) de unidad de servicio: (únicamente RWGA)	Una (1) unidad de servicio = Un pago de una prima, deducible, coseguro, copago u obligación fiscal asociada con la conciliación de APTC para una persona infectada con VIH con cobertura de seguro.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Las personas infectadas con VIH que residen en el EMA de Houston que cumplen con los requisitos de elegibilidad financiera y tienen seguro o son elegibles para comprar un plan de salud calificado a través de Marketplace.
Requisitos de la agencia:	La agencia debe encargarse de lo siguiente: • Proporcionar una solicitud/admisión financiera integral para determinar la elegibilidad del cliente para este programa con el fin de asegurar que estos fondos se utilicen como último recurso para que el cliente se valga de su seguro existente o sea elegible para comprar un plan de salud calificado a través de Marketplace. • Asegurar que la asistencia brindada a los clientes no duplique los servicios que ya se brindan a través de la Parte B o servicios estatales del Programa Ryan White. El proceso para garantizar este requisito debe estar completamente documentado. • Tener mecanismos para conseguir enérgicamente cualquier crédito fiscal de prima en exceso que un cliente reciba del IRS al presentar la declaración de impuestos del cliente para aquellos clientes que reciben asistencia financiera para los costos por cuenta propia elegibles, asociados con la compra y uso de planes de salud calificados obtenidos a través de Marketplace. • Realizar mercadeo con los proveedores de servicios para VIH/SIDA del área de Houston con el fin de informar a dichas entidades sobre este programa y cómo funcionan los procesos de remisión e inscripción de clientes. Los esfuerzos de mercadeo deben estar documentados y están sujetos a revisión por parte de RWGA. • No se colocará a los clientes en listas de espera ni se pospondrán o denegarán los servicios de asistencia para primas de seguro médico y costos compartidos sin notificar a la agencia administrativa. • Establecer acuerdos formales por escrito con todas las agencias prestadoras de servicios de atención primaria, salud mental y abuso de sustancias financiadas por Ryan White (partes A, B, C, D) del HSDA de Houston con el fin de

	permitir que los clientes de estas agencias se inscriban en la asistencia del seguro médico en el centro de su proveedor de servicios de atención primaria, salud mental o abuso de sustancias (es decir, no es necesario que el cliente se presente físicamente ante el proveedor de seguro médico). • Utilizar la priorización aprobada por RWGA de la asistencia de costos compartidos cuando los fondos limitados lo justifiquen. • Utilizar la metodología de gastos por cuenta propia del consumidor aprobada por RWGA.
Requisitos del personal:	Ninguno
Requisitos especiales:	La agencia debe cumplir con las políticas del programa de la categoría de servicio “Asistencia de seguro médico” y las normas de atención de EMA/HSDA de Houston.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 0 - 400% plan de Mercado: debe tener subsidio	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: Parte B

Categoría de servicio local:	Servicios médicos en el hogar y la comunidad (en centros)
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario	
Requisitos o restricciones presupuestarias:	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos.
Definición de categoría de servicio del DSHS:	Los servicios médicos en el hogar y la comunidad son servicios de salud terapéuticos, de enfermería, de apoyo y/o compensatorios prestados por una agencia de atención médica domiciliaria autorizada o certificada en un entorno domiciliario o comunitario, de acuerdo con un plan individualizado y escrito de atención establecido por un médico autorizado. Los servicios médicos en el hogar y la comunidad incluyen lo siguiente: • La atención paraprofesional es la prestación de servicios por parte de un ayudante de salud en el hogar, un cuidador personal o un cuidador asistente. Esta definición también incluye asistencia no médica ni de enfermería con actividades de cocina y limpieza para ayudar a los clientes a permanecer en sus hogares. • La atención profesional es la prestación de servicios en el hogar por parte de trabajadores de la salud autorizados, tales como enfermeras. • La atención especializada es la prestación de servicios que incluyen tratamiento intravenoso y con aerosoles, alimentación parenteral, pruebas de diagnóstico y otras terapias de alta tecnología, fisioterapia y servicios prestados por trabajadores sociales. Los proveedores de servicios médicos en el hogar y la comunidad trabajan en estrecha colaboración con el equipo de atención multidisciplinario, que incluye al administrador de casos, el proveedor de atención primaria y otros profesionales de atención médica apropiados del cliente. Los servicios permitidos incluyen los siguientes: • Equipo médico duradero • Ayudante de salud en el hogar y servicios de cuidado personal • Tratamiento diurno u otros servicios de hospitalización parcial • Terapia con medicamentos intravenosos y en aerosol en el hogar (incluidos los medicamentos recetados administrados como parte de dicha terapia) • Pruebas de diagnóstico de rutina • Servicios apropiados de rehabilitación, para el desarrollo y de salud mental • Atención especializada y vacunación para coinfección por hepatitis, prestadas por entidades públicas y privadas
Definición de categoría de servicio local:	Los servicios médicos en el hogar y la comunidad (en centros) se definen como un programa de tratamiento diurno que incluye

Definición de categoría de servicio: Parte B

	servicios de salud terapéuticos, de enfermería, de apoyo y/o compensatorios ordenados por un médico, con base en un plan de atención por escrito establecido por un equipo de atención interdisciplinario que abarca profesionales y paraprofesionales de la salud adecuados. Los servicios incluyen enfermería especializada, asesoramiento nutricional, evaluaciones y educación, así como actividades y servicios terapéuticos adicionales. Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, hogares geriátricos y otros centros de atención prolongada NO están incluidos.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Los beneficiarios elegibles para servicios médicos en el hogar y la comunidad son personas portadoras del VIH que residen dentro del Área de Prestación de Servicios para el VIH (HSDA) de Houston y que tienen al menos 18 años de edad.
Servicios que se prestarán:	Los servicios médicos en la comunidad están concebidos para apoyar el mejor funcionamiento y el retorno a la autosuficiencia de los clientes mediante la provisión de tratamiento y actividades de la vida cotidiana. Los servicios deben incluir lo siguiente: • Enfermería especializada: servicios que incluyen administración de medicamentos, supervisión de medicamentos, pedido de medicamentos, llenado de pastilleros, cambios de vendajes para heridas, inserción directa de catéteres, educación de la familia y parejas en técnicas de atención al paciente, seguimiento continuo del estado físico del paciente y comunicación con el (los) médico(s) tratante(s), cuidado personal y pruebas de diagnóstico. • Otros servicios terapéuticos: servicios que incluyen actividades recreativas (motricidad fina/gruesa y desarrollo cognitivo), reemplazo de equipo médico duradero, remisión de información, apoyo entre pares y transporte. • Nutrición: servicios que incluyen evaluación y asesoramiento, nutrición suplementaria y comidas nutritivas diarias. • Educación: servicios que incluyen talleres didácticos sobre temas relacionados con el VIH y habilidades para la vida. Los servicios se prestarán al menos de lunes a viernes durante un mínimo de 10 horas al día.
Definición(es) de unidad de servicio:	Una unidad de servicio se define como una (1) visita/día de atención para un (1) cliente durante un mínimo de cuatro horas. Los servicios consisten en atención médica y servicios sociales en una guardería para adultos autorizada.
Elegibilidad financiera:	Ingresos iguales o inferiores al 300 % de las directrices federales sobre pobreza
Elegibilidad del cliente:	Personas portadoras del VIH que tengan al menos 18 años de edad y que residan en el HSDA de Houston.
Requisitos de la agencia:	Debe estar autorizada por el Departamento de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades de Texas (DADS) como proveedor de guardería para adultos.
Requisitos del personal:	• Los servicios de enfermería especializada deben ser prestados por una enfermera titulada o vocacional autorizada.

Definición de categoría de servicio: Parte B

	• Otros servicios terapéuticos son prestados por paraprofesionales, tales como un coordinador de actividades y consejeros (LPC, LMSW y LMFTA). • Los servicios nutricionales son prestados por un dietista titulado y administradores de alimentos. • Los servicios educativos son prestados por un educador en salud.
Requisitos especiales:	Debe cumplir con las normas de atención para EMA/HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para servicios médicos en el hogar y la comunidad del DSHS y de la HSDA de Houston . La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #3		Fecha: 04/20/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 400%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Servicios paliativos
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario	
Requisitos o restricciones presupuestarias:	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos.
Definición de categoría de servicio del DSHS:	Prestación de atención a pacientes terminales proporcionada por proveedores de cuidados paliativos autorizados a clientes en las etapas terminales de una enfermedad relacionada con el VIH, en un hogar u otro entorno residencial, incluyendo una sección de cuidados no intensivos de un hospital que haya sido designado y dotado de personal para prestar cuidados paliativos a pacientes terminales. Los servicios paliativos incluyen, entre otros, la paliación y el manejo de la enfermedad terminal, así como las afecciones relacionadas con la enfermedad terminal. Los servicios permitidos financiados por el Programa Ryan White y por servicios estatales son lo siguientes: • Habitación • Alojamiento • Atención de enfermería • Consejería en salud mental, que incluye consejería por duelo • Servicios médicos • Terapia paliativa Los fondos del Programa Ryan White y de servicios estatales no se pueden utilizar para gastos funerarios, de entierro, de cremación o relacionados. Los fondos no se pueden emplear para servicios nutricionales, equipo médico duradero y suministros médicos o servicios de administración de casos.
Definición de categoría de servicio local:	Los servicios paliativos abarcan cuidados paliativos para clientes con enfermedades terminales y servicios de apoyo para clientes y sus familias. Los servicios son prestados por una enfermera o un fisioterapeuta autorizado. Además, el personal sin autorización puede prestar servicios bajo la delegación de una enfermera o fisioterapeuta autorizado a un cliente o la familia de un cliente como parte de un programa coordinado. Un médico debe certificar que un paciente es terminal, definido en virtud de las regulaciones para cuidados paliativos de Medicaid como aquella persona con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Los servicios deben incluir, entre otros, atención médica y de enfermería, cuidados paliativos y apoyo psicosocial para el paciente, así como un mecanismo de remisión por duelo para los familiares sobrevivientes. Los servicios de consejería prestados en el contexto de cuidados paliativos

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	deben ser coherentes con la definición de consejería de salud mental (del Programa Ryan White). Las terapias paliativas deben ser coherentes con aquellas cubiertas por el programa estatal de Medicaid correspondiente.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH que tengan una esperanza de vida de 6 meses o menos y que residan en el área de prestación de servicios de salud (HSDA) de Houston.
Servicios que se prestarán:	Los servicios deben incluir, entre otros, atención médica y de enfermería, cuidados paliativos, apoyo psicosocial y orientación espiritual para el paciente, así como un mecanismo de remisión por duelo para los familiares sobrevivientes. Los servicios de consejería prestados en el contexto de cuidados paliativos deben ser coherentes con la definición de consejería de salud mental (del Programa Ryan White). Las terapias paliativas deben ser coherentes con aquellas cubiertas por el programa estatal de Medicaid correspondiente. Los servicios permitidos financiados por el Programa Ryan White y por servicios estatales son los siguientes: • Habitación • Alojamiento • Atención de enfermería • Consejería en salud mental, que incluye consejería por duelo • Servicios médicos • Terapia paliativa Servicios NO permitidos en esta categoría: • Medicamentos contra el VIH bajo cuidados paliativos, a menos que los pague el cliente. • Atención médica para afecciones agudas o exacerbaciones agudas de afecciones crónicas distintas del VIH para residentes potencialmente elegibles para Medicaid. • Gastos funerarios, de entierro, de cremación o relacionados. • Servicios nutricionales. • Equipo médico duradero y suministros médicos. • Servicios de administración de casos. • Aunque Texas Medicaid puede pagar la consejería por duelo de los familiares hasta un año después de la muerte del paciente y puede ofrecerse en un centro de enfermería especializada o en un hogar geriátrico, la financiación del Programa Ryan White NO PUEDE pagar estos servicios de acuerdo con la legislación.
Definición(es) de unidad de servicio:	Una unidad de servicio se define como un (1) día de veinticuatro (24) horas de servicios paliativos que incluye una gama completa de apoyo físico y psicológico para pacientes con VIH en las etapas finales del SIDA.
Elegibilidad	Ingresos iguales o inferiores al 300 % de las directrices federales sobre

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

financiera:	pobreza.
Elegibilidad del cliente:	Personas con un diagnóstico de SIDA y certificado por su médico que indique que el pronóstico de la persona corresponde a una esperanza de vida de seis (6) meses o menos si la enfermedad terminal sigue su curso normal.
Requisitos de la agencia:	La agencia o proveedor es un hospital o centro autorizado y mantiene una licencia estatal válida con una designación de centro residencial de cuidados paliativos para el SIDA o está certificado como un centro de atención especial con designación de centro de cuidados paliativos. El proveedor debe informar a la agencia administrativa sobre problemas de centros de atención prolongada que niegan la admisión de personas portadoras del VIH debido a la incapacidad de prestar el nivel adecuado de atención de enfermería especializada. Los servicios deben ser prestados por un equipo interdisciplinario con orientación médica, calificado para tratar a personas que necesitan servicios de cuidados paliativos. El personal remitirá a los clientes elegibles de Medicaid/Medicare a un proveedor de cuidados paliativos para recibir cuidados médicos, de apoyo y paliativos. El personal documentará que se ha intentado colocar a los clientes elegibles de Medicaid/Medicare en otro centro antes de la admisión.
Requisitos del personal:	Todo el personal de cuidados paliativos que preste servicios de atención directa y que requiera una licencia o certificación debe estar debidamente autorizado o certificado por el estado de Texas.
Requisitos especiales:	Estos servicios deben tener las siguientes características: a) Disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, durante las últimas etapas de la enfermedad, durante la muerte y durante el duelo. b) Prestados por un equipo interdisciplinario con orientación médica. c) Se prestan en un hogar geriátrico, una unidad residencial o una unidad de hospitalización según las necesidades. Estos servicios no incluyen la atención hospitalaria que normalmente se brinda en un hospital autorizado a una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido ser un cliente de cuidados paliativos. d) Los residentes que buscan atención para cuidados paliativos en la agencia deben primero buscar atención en otros centros y la denegación debe documentarse en el expediente del residente. Debe cumplir con las normas de atención para cuidados paliativos del HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para cuidados paliativos del DSHS. La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #3		Fecha: 04/20/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 300%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Servicios de idiomas
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario:	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos.
Definición de categoría de servicio del DSHS	El apoyo a los servicios de idiomas incluye servicios de interpretación (oral) y traducción (escrita), prestados por personas calificadas, como un componente de la prestación de servicios para el VIH entre el proveedor y el cliente cuando dichos servicios son necesarios para facilitar la comunicación entre el proveedor y el cliente y/o apoyar la prestación de servicios elegibles definidos por el Programa Ryan White. Los servicios de idiomas incluyen servicios de interpretación y traducción prestados por intérpretes calificados para personas portadoras del VIH (incluyendo personas sordas o con dificultades auditivas y personas que no hablan inglés), con el fin de garantizar la comunicación entre el cliente y los proveedores mientras acceden a servicios médicos y servicios de apoyo financiados por el Programa Ryan White que tienen un impacto directo en la atención médica primaria. Estas normas garantizan que el idioma no sea una barrera para ningún cliente que busque atención y apoyo médicos relacionados con el VIH. Los servicios de idiomas se prestan de una manera culturalmente apropiada. Los servicios están destinados a incluir todas las culturas y subculturas y no se limitan a ningún grupo o conjunto de grupos de población en particular. Están especialmente concebidos para asegurar que las necesidades de las poblaciones raciales, étnicas y lingüísticas gravemente afectadas por la epidemia del VIH reciban servicios de calidad y sin prejuicios.
Definición de categoría de servicio local:	Prestar una hora de servicios de intérprete que incluyen, entre otros, lenguaje de señas para personas sordas o con dificultades auditivas e interpretación en el idioma nativo para personas monolingües portadoras del VIH.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH en el área de prestación de servicios de salud (HSDA) de Houston.
Servicios que se prestarán:	Los servicios incluyen traducción de idiomas y lenguaje de señas para personas con VIH sordas o con impedimentos auditivos. Se excluyen los servicios de traducción al español.

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG) :	Una unidad de servicio se define como una hora de servicios de intérprete para un cliente elegible.
Elegibilidad financiera:	Ingresos iguales o inferiores al 300 % de las directrices federales sobre pobreza.
Elegibilidad del cliente:	Personas portadoras del VIH en el HSDA de Houston.
Requisitos de la agencia (solo TRG) :	Cualquier agencia calificada e interesada puede solicitar y subcontratar servicios de interpretación reales a diversas otras agencias calificadas.
Requisitos del personal:	Los intérpretes de ASL deben estar certificados. Los intérpretes de idiomas deben haber completado un curso de capacitación para intérpretes comunitarios de cuarenta (40) horas aprobado por el DSHS.
Requisitos especiales (solo TRG) :	Debe cumplir con las normas de atención para servicios de idiomas del HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para servicios de idiomas del DSHS . La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #3		Fecha: 04/20/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 300%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Terapia nutricional médica (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Terapia nutricional médica
Título de categoría de servicio local:	Terapia nutricional médica y suplementos nutricionales
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Híbrido
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Suplementos: un cliente individual no puede exceder los \$1,000.00 en suplementos anuales sin la aprobación previa de RWGA. Terapia nutricional: una sesión de educación/consejería nutricional individual de un mínimo de 45 minutos. Provisión de educación/consejería profesional (dietista registrado autorizado) sobre la importancia terapéutica de los alimentos y suplementos nutricionales que son beneficiosos para el bienestar y la mejora del estado de salud de los clientes. Desde el punto de vista médico, se espera que los clientes sintomáticos o levemente sintomáticos sean atendidos una vez cada 12 semanas, mientras que los clientes con mayor agudeza serán atendidos una vez cada 6 semanas.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	La terapia de nutrición médica es proporcionada por un dietista registrado autorizado aparte de una visita de atención primaria y puede incluir el suministro de suplementos nutricionales.
Definición de categoría de servicio local:	Suplementos: suministro de hasta 90 días en cualquier momento, por cliente, de suplementos nutricionales aprobados que se indican en el recetario de suplementos nutricionales de EMA/HSDA de Houston. Se debe brindar consejería nutricional para cada entrega de suplementos nutricionales. Terapia nutricional: una sesión de educación/consejería nutricional individual de un mínimo de 45 minutos. Provisión de educación/consejería profesional (dietista registrado autorizado) sobre la importancia terapéutica de los alimentos y suplementos nutricionales que son beneficiosos para el bienestar y la mejora del estado de salud de los clientes. Desde el punto de vista médico, se espera que los clientes sintomáticos o levemente sintomáticos sean atendidos una vez cada 12 semanas, mientras que los clientes con mayor agudeza serán atendidos una vez cada 6 semanas. Los servicios deben prestarse por orden escrita de un proveedor de servicios médicos con licencia estatal (MD, DO o PA) y con privilegios de prescripción. Deben basarse en un plan de nutrición escrito y desarrollado por un dietista registrado autorizado.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas infectadas con VIH/SIDA que viven dentro del Área Metropolitana Elegible (EMA) o del Área de Prestación de Servicios (HSDA) para el VIH de Houston.

Servicios que se prestarán:	Suplementos: el suministro de suplementos nutricionales a clientes elegibles con una remisión por escrito de un médico o PA autorizado que especifique la frecuencia, duración y cantidad, e incluya un plan nutricional por escrito preparado por un dietista registrado autorizado. <i>La consejería en entrega de suplementos nutricionales es un componente de la terapia nutricional médica. La consejería en entrega de suplementos nutricionales es un componente de la transacción de entrega y se define como la provisión de información por parte de un dietista registrado autorizado sobre alimentos terapéuticos nutricionales y/o suplementarios que son beneficiosos para el bienestar y la mejora del estado de salud de los clientes, proporcionado junto con la entrega de suplementos. Los servicios se pueden prestar mediante sesiones educativas o de consejería. También se incluyen en este servicio las sesiones de seguimiento con el proveedor de atención primaria de los clientes respecto a la eficacia de los suplementos. El número de sesiones para cada cliente se determinará mediante una evaluación escrita realizada por el dietista autorizado, pero no podrá exceder las doce (12) sesiones por cliente por año de contrato.</i> Terapia nutricional médica: el servicio debe prestarse mediante orden escrita de un proveedor médico con licencia estatal (MD, DO, PA) y con privilegios de prescripción. Debe incluir un plan escrito desarrollado por un dietista registrado con licencia estatal. El cliente debe recibir una gama completa de servicios de terapia nutricional médica que incluyen, entre otros, los siguientes: historial y revocación de la dieta; estimación de la ingesta nutricional; evaluación de cambio de peso; cálculo de requisitos nutricionales relacionados con regímenes específicos de medicamentos y estado de la enfermedad, preparación de comidas y sugerencias de selección; recuentos de calorías; evaluación de resultados de laboratorio clínicamente apropiados; evaluación de interacciones medicamentos-nutrientes; y evaluación de bioimpedancia. Si la evaluación del paciente indica la necesidad de intervenciones tales como suplementos nutricionales, estimulantes del apetito o tratamiento de patógenos subyacentes, el dietista debe compartir dichos hallazgos con el proveedor de servicios médicos primarios del paciente (MD, DO o PE) y brindar recomendaciones. Los clientes que necesiten recursos nutricionales adicionales serán remitidos a los servicios de administración de casos según corresponda y/o a los bancos de alimentos locales. El proveedor debe proporcionar información sobre esta categoría de servicio por lo menos a los proveedores de atención médica financiados por las partes A, B, C y D del Programa Ryan White y los servicios estatales del TDSHS.
Definición(es) de unidad	Suplementos: una (1) unidad de servicio = una sola visita en la que

de servicio: Únicamente RWGA	un cliente elegible recibe suplementos nutricionales permitidos (hasta un suministro de 90 días) y consejería nutricional por parte de un dietista autorizado según lo indicado clínicamente. Una visita en la que el cliente recibe consejería, aunque no suplementos, <u>no</u> es una transacción de entrega facturable. Terapia nutricional médica: una sesión de consejería nutricional individual de un mínimo de 45 minutos.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Suplementos nutricionales: infectado con VIH y documentación de que el cliente está inscrito activamente en la atención médica primaria. Terapia nutricional médica: residente infectado con VIH y documentación de que el cliente está inscrito activamente en la atención médica primaria.
Requisitos de la agencia:	Ninguno.
Requisitos del personal:	Los servicios de consejería nutricional de esta categoría deben ser proporcionados por un dietista registrado autorizado. Los dietistas deben tener un mínimo de dos (2) años de experiencia brindando consejería y evaluación nutricional a PLWHA.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Debe cumplir con las normas de atención de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston, las directrices de tratamiento de HHS y las mediciones de desempeño clínico para el VIH aplicables de HRSA/HAB. Debe cumplir con el recetario de terapia nutricional médica aprobado por EMA/HSDA de Houston.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 400%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Servicios de salud mental
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos.
Definición de categoría de servicio del DSHS	Los servicios de salud mental incluyen tratamiento psicológico y psiquiátrico, así como servicios de consejería, ofrecidos a personas con una enfermedad mental diagnosticada, realizados en un entorno familiar, de pareja, grupal o individual, según un plan de tratamiento detallado, y prestados por un profesional en salud mental con licencia o autorización dentro del estado para proporcionar dichos servicios, que suelen incluir psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales clínicos autorizados. Los servicios de consejería en salud mental incluyen terapia y consejería en salud mental para pacientes ambulatorios (individual, familiar, de pareja) prestados únicamente por profesionales en salud mental autorizados en el estado de Texas. Los servicios de salud mental incluyen lo siguiente: • Evaluación de salud mental • Planificación del tratamiento • Provisión del tratamiento • Psicoterapia individual • Psicoterapia familiar • Psicoterapia conjunta • Psicoterapia grupal • Evaluación, prescripción y seguimiento de medicamentos psiquiátricos • Manejo de medicamentos psicotrópicos • Grupos de psicoterapia sin cita previa • Intervención de emergencia y en crisis La terapia general de salud mental, la consejería y el apoyo para el duelo a corto plazo (según el criterio del profesional en salud mental) están disponibles para los familiares o parejas de personas portadoras del VIH.
Definición de categoría de servicio local:	La terapia o consejería individual se define como una intervención en crisis individual o familiar y/o terapia de salud mental prestada por un profesional en salud mental autorizado a una persona elegible portadora del VIH. La terapia o consejería familiar o de pareja se define como intervención en crisis y/o terapia de salud mental prestada por un profesional en salud mental autorizado a una familia o pareja (del sexo opuesto, del mismo sexo, transgénero o con disconformidad

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	de género) que incluye a una persona elegible portadora del VIH. Los grupos de apoyo se definen como grupos dirigidos por profesionales (terapeutas o consejeros autorizados) que comprenden a personas portadoras del VIH, familiares o parejas con el fin de brindar apoyo emocional directamente relacionado con el estrés de cuidar a personas portadoras del VIH.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH y personas afectadas que viven dentro del área de prestación de servicios de salud (HSDA) de Houston.
Servicios que se prestarán:	Se anima a las agencias a que tengan a disposición de los clientes todos los modos de servicios de consejería, es decir, crisis, individual, familiar y grupal. Las sesiones pueden realizarse en el hogar. La agencia debe proporcionar sesiones de grupo de apoyo profesional dirigidas por un consejero autorizado.
Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG):	Intervención y/o terapia en crisis individual: Una unidad de servicio se define como una sesión de consejería individual que dura un mínimo de 45 minutos. Intervención y/o terapia en crisis familiar o de pareja: Una unidad de servicio se define como una sesión de consejería familiar o de pareja que dura un mínimo de 90 minutos. Terapia de grupo: Una unidad de servicio se define como un (1) cliente elegible que asiste a 90 minutos de terapia grupal. El tiempo mínimo permitido para una sola sesión grupal es de 90 minutos y el tiempo máximo permitido para una sola sesión de grupo es de 120 minutos. No se puede facturar más de una unidad por sesión para una sesión individual o grupal. Un mínimo de tres (3) clientes deben asistir a una sesión grupal para que dicha sesión sea elegible para reembolso. Consultas: Una unidad de servicio se define como 15 minutos de comunicación con un médico u otro proveedor apropiado para garantizar la coordinación del caso.
Elegibilidad financiera:	Ingresos iguales o inferiores al 400 % de las directrices federales sobre pobreza.
Elegibilidad del cliente:	Para sesión de terapia individual, persona portadora del VIH o la pareja afectada de una persona portadora del VIH, residente en el HSDA de Houston. La persona portadora del VIH debe tener un diagnóstico de DSM actual que sea elegible para reembolso bajo el Plan Estatal de

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	Medicaid. El cliente no debe ser elegible para servicios de otros programas o proveedores (por ejemplo, MHMRA del condado de Harris) o cualquier otra fuente de reembolso (por ejemplo, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas o proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, si el cliente solicita los otros programas o proveedores, hasta que los otros programas o proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. La situación de clientes de Medicaid/Medicare, terceros pagadores y pacientes particulares sin seguro que reciben servicios bajo esta subvención debe verificarse por parte del proveedor antes de solicitar el reembolso bajo esta subvención. Para las sesiones de grupos de apoyo, el cliente debe ser una persona portadora del VIH o la pareja de una persona portadora del VIH. La pareja afectada es elegible para servicios solo relacionados con el estrés de cuidar a una persona portadora del VIH.
Requisitos de la agencia (solo TRG):	La agencia debe garantizar que el profesional en salud mental será supervisado por un terapeuta autorizado y calificado por el estado para proporcionar supervisión clínica. Esta supervisión debe documentarse mediante notas de supervisión. Mantener registros de asistencia para las sesiones grupales. Debe proporcionar acceso las 24 horas a un consejero autorizado para clientes actuales con emergencias emocionales. Los clientes elegibles para reembolso de Medicaid o de un tercero pagador no pueden ser facturados para otorgar fondos. Los copagos de Medicare pueden facturarse al contrato como ½ unidad de servicio. En la propuesta se debe proporcionar documentación de al menos un terapeuta certificado por Medicaid/Medicare del personal de la agencia. Todas las agencias financiadas deben mantener la capacidad de prestar servicios y solicitar el reembolso de Medicaid/Medicare durante la vigencia de su contrato. Una agencia financiada no puede negar los servicios a los clientes potenciales que son elegibles para Medicaid/Medicare en función de su situación de reembolso (los clientes elegibles para Medicaid/Medicare no pueden ser remitidos a otro lugar para que los clientes que no son elegibles para Medicaid/Medicare se puedan agregar a esta subvención). No atender a los clientes elegibles para Medicaid/Medicare en función de su situación de

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	reembolso será motivo para la rescisión inmediata del contrato del proveedor. Debe cumplir con las normas de atención para servicios estatales. Debe proporcionar un plan con el fin de establecer criterios para priorizar la participación en sesiones grupales y para la terminación de la participación grupal. Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare para garantizar que los fondos del Programa Ryan White sean el pagador de último recurso.
Requisitos del personal:	Se exige que los consejeros tengan las siguientes calificaciones: Profesional en salud mental autorizado por el estado de Texas (LCSW, LMSW, LPC PhD, psicólogo o LMFT). Al menos dos años de experiencia trabajando con la enfermedad del VIH o dos años de experiencia laboral con atención crónica de una enfermedad catastrófica. Los consejeros que ofrezcan sesiones familiares deben tener al menos dos años de experiencia en terapia familiar. Los consejeros deben estar cubiertos por un seguro de responsabilidad civil profesional con límites de al menos \$300,000 por incidente.
Requisitos especiales (solo TRG):	Todas las intervenciones de salud mental deben basarse en métodos clínicos comprobados y de acuerdo con estándares legales y éticos. La significación de mantener la confidencialidad es de vital importancia y no se puede dejar de recalcar, a menos que se indique lo contrario con base en leyes y directrices federales, estatales y locales (por ejemplo, abuso, autolesión u otros daños). Todos los programas deben cumplir con las normas de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguridad Social (HIPAA) para las prácticas de privacidad de la información médica protegida (PHI). Los servicios de salud mental se pueden prestar a través de telesalud y deben seguir las leyes aplicables de privacidad federales y del estado de Texas. Los servicios de salud mental que se prestan mediante telesalud deben estar de acuerdo con los requisitos de prácticas del proveedor de salud mental del estado de Texas. Consulte el título 3 (Profesiones de la salud) del Código de Ocupaciones de Texas y el <u>capítulo 111 (Telesalud y telemedicina)</u>.

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

	Cuando la psiquiatría se presta como un servicio de salud mental mediante telesalud, el proveedor debe seguir las directrices para telemedicina, como se indica en las directrices de la Junta Médica de Texas (TMB) para prestar telemedicina, Código Administrativo de Texas, Junta Médica de Texas, Reglas, título 22, parte 9, capítulo 174, REGLA §174.1 a §174.12 Los copagos de Medicare y de seguros privados son elegibles para reembolso en virtud de esta subvención (en esta situación, se reembolsará a la agencia únicamente el copago del cliente, no el costo de la sesión, que debe facturarse a Medicare y/o al tercero pagador). Las extensiones se abordarán de forma individual cuando se cumplan los criterios de consejería directamente relacionados con la enfermedad del VIH. Bajo ninguna circunstancia se reembolsará a la agencia más de dos (2) unidades de terapia individual por cliente en un solo período de 24 horas. La agencia debe desarrollar servicios que se centren en las poblaciones especiales más recientes identificadas en el <i>Plan Integral del Área de Houston para Servicios de Prevención y Atención del VIH</i>, incluyendo adolescentes, personas sin hogar, personas encarceladas y liberadas recientemente (IRR), consumidores de drogas inyectables (UDI), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y poblaciones transgénero. Además, los servicios deben centrarse en aumentar el acceso para las personas que viven en condados rurales. Debe cumplir con las normas de atención para EMA/HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para servicios de salud mental del DSHS. La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.
--	--

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: <u> X </u>	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1. Aprobación de las tablas de esta categoría de servicio para permitir que el Comité tenga más tiempo para debatir el comentario del público recibido el 3 de mayo de 2022		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 500%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: Parte B

Categoría de servicio local:	Atención de salud oral
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario:	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos.
Definición de categoría de servicio local:	Servicios dentales restaurativos, cirugía oral, tratamiento de conducto, prostodoncia fija y removible; los servicios periodontales incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. La medicación oral (incluyendo el control del dolor) para pacientes con VIH de 15 años de edad o mayores debe basarse en un plan de tratamiento individual integral. Los servicios de prostodoncia para personas portadoras del VIH incluyen, entre otros, exámenes y diagnóstico de la necesidad de dentaduras postizas, coronas, puentes dentales e implantes, mediciones de diagnóstico, servicios de laboratorio, extracción de dientes, rebases y reparaciones de dentaduras postizas. Los procedimientos de emergencia se tratarán sin cita previa, según lo permitan la disponibilidad y los fondos. Los proveedores financiados de atención de salud oral pueden brindar la atención de emergencia necesaria, independientemente del saldo anual de beneficios del cliente. Si un proveedor no puede prestar los servicios adecuados para atención de emergencia, el paciente debe ser remitido a la sala de urgencias de un hospital.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH que residan en el área de prestación de servicios de salud (HSDA) de Houston.
Servicios que se prestarán:	Los servicios deben incluir, entre otros, lo siguiente: plan de tratamiento individual integral; diagnóstico y tratamiento de patologías orales relacionadas con el VIH, incluyendo sarcoma de Kaposi oral, ulceración por CMV, leucoplasia pilosa, xerostomía, liquen plano, úlceras aftosas y lesiones herpéticas; linfocitosis infiltrativa difusa; educación y procedimientos preventivos estándar de salud oral, que incluyen instrucción sobre higiene oral, dejar de fumar y abandono del tabaco (según se indique), asesoramiento en dietas y programa de atención domiciliaria; profilaxis oral; cuidado restaurativo; cirugía oral, incluidos implantes dentales; tratamiento de conducto; prostodoncia fija y removible, incluyendo coronas y puentes dentales; servicios periodontales, que incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. El proponente debe tener un mecanismo implementado para proporcionar analgésicos orales según lo prescrito por el odontólogo a los clientes.

Definición de categoría de servicio: Parte B

	Limitaciones: • Está prohibida la odontología cosmética solo con fines cosméticos. • El monto máximo que el Programa Ryan White o servicios estatales pueden financiar por paciente es de \$3,000/año. • En casos de emergencia, el monto máximo puede exceder el tope anterior. • En los casos en los que se necesite una atención extensa una vez que el procedimiento ha comenzado, el monto máximo puede exceder el tope anterior. • Los proveedores dentales deben documentar <i>mediante una exención aprobada</i> el motivo por el que se excede el monto máximo anual.
Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG) :	Odontología general: una unidad de servicio se define como una (1) visita dental que incluye servicios dentales restaurativos, cirugía oral, tratamiento de conducto, prostodoncia fija y removible; los servicios periodontales incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. La medicación oral (incluyendo el control del dolor) para pacientes con VIH de 15 años de edad o mayores debe basarse en un plan de tratamiento individual integral. Prostodoncia: una unidad de servicio se define como una (1) visita de prostodoncia.
Elegibilidad financiera:	Ingresos iguales o inferiores al 300 % de las directrices federales sobre pobreza. El monto máximo que el Programa Ryan White o servicios estatales pueden financiar por paciente es de \$3,000/año.
Elegibilidad del cliente:	Persona portadora del VIH; residente adulto del HSDA de Houston
Requisitos de la agencia (solo TRG) :	Para garantizar que el Programa Ryan White sea el pagador de último recurso, la agencia y/o los proveedores dentales (médicos clínicos) deben estar certificados por Medicaid y estar inscritos en todos los planes dentales que se ofrecen a los clientes elegibles de Texas STAR+PLUS en el EMA/HSDA de Houston. La agencia o proveedores deben garantizar que la certificación de Medicaid y la capacidad de facturación para los pacientes elegibles para STAR+PLUS permanezcan vigentes durante toda la duración del contrato. La agencia debe documentar que el odontólogo de atención primaria al paciente tiene dos (2) años de experiencia previa en el tratamiento de la enfermedad por VIH y/o programas educativos en curso sobre el VIH que se documentan en archivos de personal y se actualizan periódicamente. El centro dental y el personal dental apropiado deben mantener la certificación o acreditación otorgada por el estado de Texas y

Definición de categoría de servicio: Parte B

	seguir todos los requisitos aplicables de OSHA para el protocolo de laboratorio y manejo de pacientes.
Requisitos del personal:	Licencia dental del estado de Texas; higienista dental autorizado y certificación estatal de radiología para asistentes dentales.
Requisitos especiales (solo TRG):	Debe cumplir con las normas de atención para EMA/HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para atención de salud oral del DSHS. La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 300%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Salud oral: zonas rurales (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Salud oral
Título de categoría de servicio local:	Salud oral: <u>zonas rurales (norte)</u>
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Costo unitario
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	No aplicable
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	La atención de salud oral incluye servicios de diagnóstico, preventivos y terapéuticos prestados por odontólogos generales, especialistas dentales, higienistas y auxiliares dentales, así como otros proveedores de atención primaria capacitados.
Definición de categoría de servicio local:	Servicios dentales restaurativos, cirugía oral, tratamiento de conducto, prostodoncia fija y removible; los servicios periodontales incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. Los medicamentos orales (incluyendo el control de dolor) para pacientes con VIH de 15 años o mayores deben basarse en un plan de tratamiento individual integral. Servicios de prostodoncia para personas infectadas con VIH que incluyen, entre otros, exámenes y diagnóstico de la necesidad de dentaduras postizas, mediciones de diagnóstico, servicios de laboratorio, extracciones dentales, rebases y reparaciones de dentaduras postizas.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas infectadas con VIH/SIDA que residen en condados del Área Metropolitana Elegible (EMA) o Área de Prestación de Servicios de Salud (HSDA) de Houston diferentes al condado de Harris. Servicios integrales de salud oral dirigidos a personas que residen en los condados al norte del EMA/HSDA, incluyendo los condados de Waller, Walker, Montgomery, Austin, Chambers y Liberty.
Servicios que se prestarán:	Los servicios deben comprender, entre otros, lo siguiente: plan de tratamiento individual integral; diagnóstico y tratamiento de patología oral relacionada con VIH, incluido el sarcoma de Kaposi oral, ulceración por CMV, leucoplasia pilosa, xerostomía, liquen plano, úlceras aftosas y lesiones herpéticas; linfocitosis infiltrativa difusa; procedimientos preventivos estándar que incluyen instrucción sobre higiene oral, consejería en dietas y programa de atención domiciliaria; profilaxis oral; cuidado restaurativo; cirugía oral, incluyendo implantes dentales; tratamiento de conducto; prostodoncia fija y removible, incluidas coronas, puentes e implantes; servicios periodontales, que incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula

	provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. El proponente debe tener un mecanismo implementado para brindar analgésicos orales conforme a lo prescrito por el odontólogo a los clientes.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Odontología general: una unidad de servicio se define como una (1) visita dental que incluye servicios dentales restauradores, cirugía oral, tratamiento de conducto, prostodoncia fija y removible; servicios periodontales que incluyen raspado subgingival, legrado gingival, cirugía ósea, gingivectomía, férula provisional, procedimientos con láser y mantenimiento. Los medicamentos orales (incluyendo el control de dolor) para pacientes con VIH de 15 años o mayores deben basarse en un plan de tratamiento individual integral. Prostodoncia: una unidad de servicio se define como una (1) visita de prostodoncia.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera para los servicios del EMA/HSDA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Adultos infectados con VIH que residen en el área rural de EMA/HSDA de Houston y que cumplen con los criterios de elegibilidad financiera.
Requisitos de la agencia:	La agencia debe documentar que el odontólogo de atención primaria al paciente tiene dos (2) años de experiencia previa en el tratamiento de enfermedades por VIH y/o programas educativos sobre el VIH en curso que se documentan en los archivos del personal y se actualizan periódicamente. El sitio de prestación de servicios debe estar ubicado en uno de los condados al norte del área de EMA/HSDA: condados de Waller, Walker, Montgomery, Austin, Chambers o Liberty
Requisitos del personal:	Licencia dental del estado de Texas; higienista dental autorizado y certificación estatal de radiología para auxiliares dentales.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	<u>Las agencias y/o los proveedores dentales (médicos clínicos) deben estar certificados por Medicaid y estar inscritos en todos los planes dentales que se ofrecen a los clientes elegibles de Texas STAR+PLUS en el EMA/HSDA de Houston. La agencia/proveedores deben garantizar que la certificación de Medicaid y la capacidad de facturación para los pacientes elegibles para STAR+PLUS permanezcan al día durante la vigencia del contrato.</u> Debe cumplir con las normas de atención conjuntas de las partes A y B cuando corresponda.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 300%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Categoría de servicio local:	Remisión para atención médica: trabajador de inscripción al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG):	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos. No se podrán facturar costos médicos directos a esta subvención.
Definición de categoría de servicio del DSHS:	Dirigir a personas portadoras del VIH (PLWH) a un servicio en persona o por teléfono, por escrito u otros tipos de comunicación, incluyendo la administración de dichos servicios cuando no se prestan como parte de la atención médica ambulatoria para pacientes ambulatorios o de los servicios de administración de casos.
Definición de categoría de servicio local:	Los trabajadores de inscripción al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), o AEW, están ubicados conjuntamente en clínicas financiadas por el Programa Ryan White con el fin de garantizar la presentación eficiente y fidedigna de solicitudes de ADAP al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP). Los AEW se reunirán con todos los posibles afiliados al ADAP para explicar los beneficios y requisitos del programa ADAP y ayudar a las PLWH con la presentación de solicitudes de ADAP completas y fidedignas. Los AEW asegurarán la continuación de los beneficios mediante la realización oportuna de las recertificaciones anuales antes del último día del mes de nacimiento de las PLWH y las constancias de seis meses después para garantizar que no haya ningún lapso en la elegibilidad para ADAP y/o pérdida de beneficios. Otras responsabilidades incluirán las siguientes: • Realizar un seguimiento del proceso de solicitud de ADAP para asegurarse de que las solicitudes enviadas se procesen lo más rápido posible, incluyendo el seguimiento inmediato de solicitudes pendientes para recopilar la documentación faltante o dudosa según sea necesario. • Mantener una comunicación continua con el personal designado del THMP para ayudar en la resolución de consultas de PLWH y solicitudes dudosas, así como asegurar que cualquier problema que afecte a solicitudes y/o PLWH pendientes sea mediado lo más rápido posible. Los AEW deben mantener relaciones con la Red ADAP del Programa Ryan White (RWAN).
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH en el HDSA de Houston que necesitan medicamentos mediante el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas.

Definición de categoría de servicio: servicios estatales del DSHS

Servicios que se prestarán:	Los servicios incluyen, entre otros, la impartición de educación sobre los programas de beneficios disponibles y aplicables a PLWH; finalización de la solicitud de ADAP, incluyendo inscripción/recertificación/constancia de seis meses; ayuda a las PLWH a recopilar toda la documentación de apoyo exigida para completar la(s) solicitud(es) de beneficios, incluyendo ADAP; ofrecimiento de un proceso simplificado para la presentación de solicitudes de ADAP finalizada y/u otras solicitudes de beneficios; ayuda con la continuación de los beneficios, incluyendo la constancia de seis meses y el seguimiento necesario; enlace con el THMP y las PLWH durante todo el proceso de solicitud de ADAP.
Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG):	Una unidad de servicio se define como 15 minutos de servicios directos para PLWH o coordinación del proceso de solicitud en nombre de PLWH.
Elegibilidad financiera:	Ingresos iguales o inferiores al 300 % de las directrices federales sobre pobreza
Elegibilidad para el servicio:	Personas portadoras del VIH en el HSDA de Houston.
Requisitos de la agencia (solo TRG):	La agencia debe estar financiada para la categoría de servicio combinado de atención médica ambulatoria para pacientes ambulatorios, en virtud de las partes A y B del Programa Ryan White y de servicios estatales del DSHS.
Requisitos del personal:	No aplicable.
Requisitos especiales (solo TRG):	La agencia debe cumplir con las normas de atención para remisión a atención médica del DSHS y las normas de atención para remisión a servicios de apoyo y atención médica para el HSDA de Houston . La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas antes de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: AEW=500%, personas encarceladas= Sin elegibilidad financiera	
1. Transición de la definición de servicio para servicios de intervención temprana para personas encarceladas a remisión para servicios de apoyo y atención médica con el fin de armonizarse mejor con el alcance de los servicios prestados.		
2. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
3.		

Categoría de servicio local:	Remisión para atención médica: personas encarceladas
Monto disponible:	Por determinar
Costo unitario:	
Requisitos o restricciones presupuestarias (solo TRG) :	Máximo 10 % del presupuesto para costos administrativos. No se podrán facturar costos médicos directos a esta subvención.
Definición de categoría de servicio del DSHS:	La remisión para servicios de apoyo y atención médica (RFHC) dirige a un cliente a los servicios básicos médicos o de apoyo necesarios de manera presencial o por teléfono, por escrito u otro tipo de comunicación. Las actividades provistas bajo esta categoría de servicio pueden incluir remisiones para ayudar a los clientes elegibles del Programa Ryan White contra el VIH/SIDA (RWHAP) de Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) a obtener acceso a otros programas públicos o privados para los cuales pueden ser elegibles.
Definición de categoría de servicio local:	Apoyo de remisión para atención médica: personas encarceladas (RFHC para personas encarceladas), que incluye identificación de personas en puntos de entrada y acceso a servicios y provisión de lo siguiente: • Servicios de remisión (incluyendo servicios de atención médica). • Vinculación a la atención. • Educación y alfabetización en materia de salud que permiten a las personas portadoras del VIH (PLWH) desenvolverse en el sistema de atención del VIH. • Asesoramiento sobre beneficios. Este servicio incluye la vinculación de personas encarceladas en la Cárcel del Condado de Harris con atención médica, la coordinación de su atención médica mientras están encarceladas y la transición de su atención de la Cárcel del Condado de Harris a la comunidad. Los servicios deben incluir lo siguiente: evaluación de PLWH; provisión de educación sobre enfermedades y tratamiento; educación y desarrollo de habilidades para reforzar la alfabetización en materia de salud de PLWH; diligenciamiento de la solicitud THMP/ADAP y su envío a través del proceso de carga de TCT; coordinación de la atención con los recursos médicos dentro de la cárcel; coordinación de la atención con los proveedores de servicios fuera de la cárcel; y planificación del alta. Estos servicios deben centrarse en ampliar los puntos clave de entrada y el seguimiento documentado de remisiones. Las actividades de consejería y remisiones están concebidas para que las personas portadoras del VIH reciban atención médica ambulatoria para pacientes ambulatorios. La meta de RFHC para personas encarceladas es disminuir la cantidad de personas con VIH/SIDA mal atendidas mediante el aumento del acceso a la atención. RFHC para personas encarceladas también brinda el beneficio adicional de educar y motivar a las PLWH sobre la importancia y los beneficios de recibir atención.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas portadoras del VIH (PLWH) encarceladas en la Cárcel del Condado de Harris.
Servicios que se prestarán:	Los servicios incluyen, entre otros, el registro y la actualización de CPCDMS, la evaluación, la provisión de educación, la coordinación de los servicios de atención médica brindados mientras se está encarcelado, la transición del régimen de medicamentos, la revisión del equipo multidisciplinario, la planificación del alta y la remisión a recursos comunitarios. RFHC para personas encarceladas se presta en la Cárcel del Condado de

	Harris (HCJ). La población de la HCJ incluye personas que están haciendo progresos de manera activa en el sistema de justicia penal (hacia una determinación de culpabilidad o inocencia), personas que cumplen esa sentencia en la HCJ y personas que están esperando ser transferidas al Departamento de Justicia Criminal de Texas (TDCJ). La complejidad de esta población ha demostrado ser una dificultad en la prestación de servicios. Algunas personas en la HCJ tienen una fecha de liberación en firme. Otras pueden asistir y ser liberadas directamente por parte del tribunal. Por lo tanto, RFHC para personas encarceladas se ha concebido para considerar la naturaleza incierta de la duración de la estadía en la prestación de servicios. Se han designado tres niveles de prestación de servicios, que son los siguientes: • Nivel 0. Las personas en este nivel no permanecen en la HCJ el tiempo suficiente para recibir una cita clínica mientras están encarceladas. El uso del cero para la designación de este nivel refuerza el entendimiento de que la interacción con el personal financiado será mínima. La duración de la estancia en este nivel es tradicionalmente inferior a 14 días. • Nivel 1. Las personas en este nivel permanecen en la HCJ el tiempo suficiente para recibir una cita clínica mientras están encarceladas. Esta cita clínica activa la capacidad del personal para realizar múltiples interacciones con el fin de asegurar que se cumplan ciertos parámetros de la prestación de servicios. La duración de la estancia en este nivel es tradicionalmente de 15 a 30 días. • Nivel 2. Las personas en este nivel permanecen en la HCJ el tiempo suficiente para obtener interacciones adicionales y posiblemente citas clínicas múltiples. La duración de la estadía en este nivel es tradicionalmente de 30 días o más. La prestación de servicios se basa en las actividades del nivel anterior si la persona permanece en la HCJ. Cada nivel ayuda al personal a enfocar las interacciones para abordar las necesidades de mayor prioridad de la persona. Cada interacción se lleva a cabo como si fuera la única oportunidad de efectuar la intervención con la persona. Los servicios sociales de transición NO deben exceder los 180 días.
Definición(es) de unidad de servicio (solo TRG):	Una unidad de servicio se define como 15 minutos de servicios directos para PLWH o coordinación de la atención en nombre de PLWH.
Elegibilidad financiera:	Debido al encarcelamiento, no se exige documentación de ingresos o de residencia.
Elegibilidad para el servicio:	Personas portadoras del VIH encarceladas y recientemente liberadas de la Cárcel del Condado de Harris.
Requisitos de la agencia (solo TRG):	Según corresponda, la(s) instalación(es) de la agencia deberá(n) contar con la debida autorización o certificación, según lo exija el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, para la prestación de servicios de RFHC para personas encarceladas, incluyendo servicios de flebotomía. La agencia o el personal establecerán memorandos de entendimiento (MOU) con puntos clave de entrada a la atención con el fin de facilitar el acceso a la atención para aquellos que son identificados mediante pruebas en la HCJ. La agencia debe formalizar memorandos de entendimiento con los proveedores de atención médica ambulatoria para pacientes ambulatorios (OAMC) financiados por el Programa Ryan White. La agencia administrativa debe ser notificada por escrito si algún proveedor de OAMC se niega a formalizar un MOU.

	La agencia debe obtener y mantener acceso a TakeChargeTexas (TCT), el sistema en línea para enviar solicitudes de THMP.
Requisitos del personal:	No aplicable.
Requisitos especiales (solo TRG):	Debe cumplir con las normas de atención para EMA/HSDA de Houston. La agencia debe cumplir con las normas de atención para remisión a atención médica del DSHS y las normas de atención para remisión a servicios de apoyo y atención médica para personas encarceladas del HSDA de Houston. La agencia debe tener establecidos políticas y procedimientos que cumplan con las normas <i>antes</i> de la prestación del servicio.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/22
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Proceso de intervención: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/22
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Proceso de intervención: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/22
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u> X </u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Proceso de intervención: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/20/22
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: Sin elegibilidad financiera	
1. Transición de la definición de servicio para servicios de intervención temprana para personas encarceladas a remisión para servicios de apoyo y atención médica con el fin de armonizarse mejor con el alcance de los servicios prestados.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Servicios para abuso de sustancias: pacientes ambulatorios (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Servicios para abuso de sustancias: pacientes ambulatorios
Título de categoría de servicio local:	Tratamiento/Consejería para abuso de sustancias
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	La duración mínima de las sesiones grupales es de dos (2) horas.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Los servicios para abuso de sustancias para pacientes ambulatorios son la provisión de tratamiento médico o de otro tipo y/o consejería para abordar problemas de abuso de sustancias (es decir, alcohol y/o drogas legales e ilegales) en un entorno para pacientes ambulatorios, prestados por un médico o bajo la supervisión de un médico, o bien por otro personal calificado.
Definición de categoría de servicio local:	Tratamiento y/o consejería para personas infectadas con VIH con trastornos por abuso de sustancias administrado de acuerdo con las directrices estatales de concesión de licencias.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas infectadas con VIH con trastornos por abuso de sustancias que residen en el Área Metropolitana Elegible de Houston (EMA/HSDA).
Servicios que se prestarán:	Servicios para todos los pacientes elegibles con VIH/SIDA con trastornos por abuso de sustancias. Los servicios prestados deben estar integrados con problemas relacionados con el VIH que provocan una recaída. Todos los servicios deben prestarse de acuerdo con las normas de acreditación para instalaciones de tratamiento de dependencia de sustancias del Departamento de Servicios de Salud/Servicios de Abuso de Sustancias (TDSHS/SAS) de Texas. La prestación de servicios debe cumplir con las normas de tratamiento aplicables.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Consejería individual: una (1) unidad de servicio = una (1) sesión de consejería individual de por lo menos 45 minutos de duración con un (1) cliente elegible. Una sola sesión que dure más de 45 minutos califica como una sola unidad; no se permiten unidades fraccionadas. Se permiten dos (2) unidades para la sesión de evaluación/orientación inicial. Consejería grupal: una (1) unidad de servicio = 60 minutos de tratamiento grupal para un cliente elegible. Una sola sesión debe tener una duración mínima de 2 horas. Los grupos de apoyo se definen como grupos dirigidos por profesionales que están compuestos por personas, familiares o seres queridos con VIH con el fin de brindar terapia para abuso de sustancias.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera actual para los servicios de</i>

	<i>EMA/HSDA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Personas infectadas con VIH con comorbilidades/trastornos por abuso de sustancias.
Requisitos de la agencia:	La agencia debe tener la licencia correspondiente del Estado. Todos los servicios deben prestarse de acuerdo con las normas aplicables de acreditación para instalaciones de tratamiento de dependencia de sustancias del Departamento Estatal de Servicios de Salud/Servicios de Abuso de Sustancias (TDSHS/SAS) de Texas. El cliente no debe ser elegible para los servicios de otros programas o proveedores (esto es, MHMRA del condado de Harris) o cualquier otra fuente de reembolso (es decir, Medicaid, Medicare, seguro privado), a menos que el cliente esté en crisis y no pueda recibir servicios inmediatos de los otros programas/proveedores. En este caso, los clientes pueden recibir servicios, siempre y cuando el cliente solicite los otros programas/proveedores, hasta que los otros programas/proveedores puedan hacerse cargo de los servicios. Todos los servicios deben proporcionarse de acuerdo con las normas de acreditación para instalaciones de tratamiento de dependencia de sustancias de TDSHS/SAS. Específicamente, con respecto a la prestación de servicios, los servicios deben cumplir con la versión más actual de las reglas aplicables para el tratamiento autorizado de dependencia de sustancias. Los servicios prestados deben estar integrados con problemas relacionados con el VIH que provocan una recaída. El proveedor debe proporcionar un plan por escrito a más tardar el 30 de marzo de 2017 que documente la coordinación con los programas locales financiados para intervención temprana contra el VIH de TDSHS/SAS, si dichos programas están financiados actualmente en la EMA de Houston.
Requisitos del personal:	Debe cumplir con todos los requisitos de concesión de licencias del estado y las normas de atención aplicables de las partes A y B para EMA/HSDA de Houston.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	No aplicable.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #2		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 500%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Transporte médico (en furgoneta) (Fecha de revisión: 03/03/14)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Transporte médico
Título de categoría de servicio local:	a. Transporte dirigido a zonas urbanas b. Transporte dirigido a zonas rurales
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa híbrida por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	• Las unidades asignadas al transporte urbano solo deben usarse para transportar clientes cuya residencia se encuentre en el condado de Harris. • Las unidades asignadas al transporte rural solo se pueden usar para transportar clientes que residan en los condados de EMA/HSDA de Houston <u>diferentes</u> al condado de Harris. • El millaje reembolsado para transporte se basa en la distancia documentada en millas desde el origen del viaje del cliente hasta el destino del viaje, conforme lo documente un programa estándar de cartografía basado en Internet (es decir, Google Maps, Map Quest, Yahoo Maps) aprobado por RWGA. La agencia debe imprimir y archivar en el registro del cliente un plan de viaje del programa apropiado de cartografía basado en Internet que delimite claramente el millaje entre el punto de origen y el punto de destino (y viceversa para viajes de ida y vuelta). Este requisito está sujeto a auditoría por parte del condado. • <u>No</u> se permite el transporte a lugares tales como el sitio de trabajo, capacitación laboral, la escuela u otras actividades que no estén directamente relacionadas con el tratamiento de la enfermedad por VIH de un cliente. Los clientes no pueden ser transportados a eventos de entretenimiento o sociales bajo este contrato. • Los vales para taxi deben estar disponibles para propósitos documentados de emergencia y para transportar a un cliente a una audiencia de discapacidad, refugio de emergencia o para una emergencia médica documentada. • El contratista debe reservar el 7 % del presupuesto total para vales para taxi. • El uso máximo mensual de vales para taxi no puede exceder el 14 % del monto total de fondos reservados para vales para taxi. • Las emergencias que justifican el uso de vales para taxi incluyen lo siguiente: el servicio de furgoneta no está disponible debido a averías, conflictos de programación, inclemencias del tiempo u otro evento inesperado. Una hoja de cálculo con el código de 11 dígitos del cliente, la edad, la fecha del servicio, la cantidad de viajes y el motivo de la emergencia debe mantenerse en el sitio y estar disponible para su revisión durante las visitas al sitio.

	• El contratista debe proporcionar a RWGA una copia del acuerdo entre el contratista y un proveedor de taxis autorizado antes del 30 de marzo de 2015. • Todos los recibos de vales para taxi deben tener el nombre de la empresa de taxis, el nombre del conductor y/o el número de identificación, la cantidad de millas recorridas, el destino (desde y hacia) y el costo exacto del viaje. El contratista agregará el código de 11 dígitos del cliente al recibo e incluirá todos los recibos con el informe de gastos del contratista (CER, por sus siglas en inglés) mensual. • Se debe incluir una copia de la declaración de la empresa de taxis (con membrete de la empresa) con el CER mensual. La documentación de apoyo de los pagos de desembolsos se puede solicitar con el CER.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Los servicios de transporte médico incluyen los servicios de traslado proporcionados, directamente o mediante un vale, a un cliente para que pueda acceder a los servicios de atención médica.
Definición de categoría de servicio local:	a. Transporte urbano: el contratista desarrollará e implementará un programa de transporte médico que preste servicios de transporte esencial a los servicios básicos definidos por la HRSA mediante el uso de empleados individuales o conductores contratados con vehículos/furgonetas a las personas elegibles para el Programa Ryan White que residan en el condado de Harris. Los clientes que residan fuera del condado de Harris no son elegibles para los servicios de transporte urbano. Las excepciones a este requisito requieren la aprobación <u>previa</u> por escrito de RWGA. b. Transporte rural: el contratista desarrollará e implementará un programa de transporte médico que preste servicios de transporte esencial a los servicios básicos definidos por la HRSA mediante el uso de empleados individuales o conductores contratados con vehículos/furgonetas a las personas elegibles para el Programa Ryan White que residan en condados de EMA/HASDA de Houston diferentes al condado de Harris. Los clientes que residan en el condado de Harris no son elegibles para este programa de transporte. Las excepciones a este requisito requieren la aprobación <u>previa</u> por escrito de RWGA. El transporte esencial se define como el transporte a servicios médicos y de atención médica públicos y privados para pacientes ambulatorios, servicios de salud mental y abuso de sustancias, farmacias y otros servicios donde los clientes elegibles reciben los servicios básicos definidos por el Programa Ryan White y/o servicios de atención médica y relacionados con la salud, que incluyen ensayos clínicos, esenciales para su bienestar. El contratista se asegurará que el programa de transporte proporcione vales para taxi a los clientes elegibles solo en los siguientes casos: • Tener acceso a vales para refugios de emergencia o asistir a

	audiencias de discapacidad del seguro social. • El servicio de furgoneta no está disponible debido a averías o inclemencias del tiempo. • La necesidad médica del cliente requiere transporte inmediato. • Conflictos de programación. El contratista debe proporcionar una justificación (razón) clara y específica para el uso de vales para taxi e incluir la documentación en el archivo del cliente para <u>cada</u> incidente. RWGA debe aprobar la documentación de apoyo para los reembolsos de vales para taxi. Para los clientes que viven en el área de servicio METRO, se requiere una certificación por escrito del proveedor principal de servicios médicos del cliente (por ejemplo, administrador de casos médicos o médico) para acceder al transporte en furgoneta, que se renovará cada 180 días. El proveedor debe conservar las certificaciones médicas en el lugar en un solo archivo (enumeradas alfabéticamente mediante un código de 11 dígitos) y se supervisarán al menos una vez al año durante una visita al lugar. Es responsabilidad del contratista determinar si un cliente reside dentro del área de servicio METRO. Los clientes que vivan fuera del área de servicio METRO, pero dentro del condado de Harris (por ejemplo, Baytown), no están obligados a proporcionar una certificación médica por escrito para acceder al transporte en furgoneta. Todos los clientes que vivan en el área de servicio Metro pueden recibir un máximo de cuatro (4) viajes de ida y vuelta no certificados por año (incluidos vales para taxi). Los viajes no certificados se revisarán durante la visita anual al sitio. El proveedor debe conservar una hoja de cálculo actualizada que documente dichos viajes. El contratista debe implementar el programa de transporte general, de acuerdo con las normas de atención para transporte que incluyen ingresar todos los servicios de transporte en el sistema centralizado de gestión de datos de atención al paciente (CPCDMS) y prestar a los niños elegibles servicios de transporte a las citas de servicios básicos. En virtud de este contrato, solo se reembolsarán las millas reales (documentadas según el programa de cartografía basado en Internet seleccionado) que transporten a los clientes elegibles desde el origen al destino. El contratista debe hacer un esfuerzo razonable para garantizar que las rutas se diseñen de la manera más eficiente posible con el fin de minimizar el tiempo real del cliente en los vehículos.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	a. Transporte urbano: personas infectadas con VIH/SIDA y afectadas elegibles según las partes A y B del Programa Ryan White que residen en el condado de Harris. b. Transporte rural: personas infectadas con VIH/SIDA y afectadas elegibles según las partes A y B del Programa Ryan White que residen

	en los condados de Fort Bend, Waller, Walker, Montgomery, Austin, Colorado, Liberty, Chambers y Wharton.
Servicios que se prestarán:	Prestar servicios de transporte médico para acceder a los servicios básicos definidos por el Programa Ryan White para personas elegibles. El transporte incluirá viajes de ida y vuelta a destinos únicos y viajes de ida y vuelta a destinos múltiples. Los vales para taxi se proporcionarán a los clientes elegibles solo para situaciones de emergencia identificadas. Se debe permitir que el cuidador acompañe al viajero infectado con VIH. La elegibilidad para los servicios de transporte está determinada por el condado de residencia del cliente, conforme se documenta en el CPCDMS.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Una (1) unidad de servicio = Una (1) milla recorrida con un cliente elegible como pasajero. Las cancelaciones y/o no presentaciones de los clientes <u>no</u> son reembolsables.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	a. Transporte urbano: solo las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y las personas afectadas por el VIH elegibles del Programa Ryan White que residan dentro del condado de Harris serán elegibles para recibir servicios. b. Transporte rural: solo las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y las personas afectadas por el VIH elegibles para el Programa Ryan White que residan en los condados de EMA/HSDA de Houston diferentes al condado de Harris son elegibles para los servicios de transporte rural. El contratista debe obtener la documentación de la elegibilidad del cliente de acuerdo con las normas de atención para transporte aprobadas antes de prestar los servicios. El contratista debe asegurarse que los clientes elegibles tengan un consentimiento firmado para los servicios de transporte, los derechos y responsabilidades del cliente antes del comienzo de los servicios. Los seres queridos afectados pueden acompañar a una persona infectada con VIH según sea médicamente necesario (los niños menores pueden acompañar a su cuidador según sea necesario). Las personas afectadas elegibles según las partes A y B del Programa Ryan White pueden utilizar los servicios en virtud de este contrato para viajar a los servicios básicos cuando se cumplen los criterios antes mencionados y el uso del servicio está directamente relacionado con una persona infectada con VIH. Un ejemplo de un encuentro de transporte elegible por parte de una persona afectada es el transporte a una cita de consejería profesional.
Requisitos de la agencia	El proponente debe ser un proveedor certificado de transporte de Medicaid. El contratista debe proporcionar dicha documentación al condado de Harris a solicitud de la Administración de Subvenciones del Programa Ryan White (RWGA) antes del 1 de marzo de cada año. El

	contratista debe mantener dicha certificación durante la vigencia del contrato. No mantener la certificación como proveedor de transporte de Medicaid puede dar lugar a la rescisión del contrato. El contratista debe proporcionar a cada cliente una explicación por escrito de los procedimientos de programación del contratista al inicio de su primer servicio de transporte y, posteriormente, de manera anual. El contratista debe brindar a RWGA una copia de sus procedimientos de programación antes del 30 de marzo de 2014 y, posteriormente, a los cinco (5) días hábiles de cualquier revisión. El contratista también debe tener el siguiente equipo dedicado al programa de transporte general: • Una línea telefónica separada de su número principal para que los clientes puedan acceder a los servicios de transporte en el horario de 7:00 a. m. a 10:00 p. m. directamente sin costo para los clientes. La línea telefónica debe ser administrada por una persona en vivo entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. Cuando se utilice un contestador automático después de las 5:00 p. m., las llamadas telefónicas deben devolverse antes de las 9:00 a. m. del siguiente día hábil. • Un aparato de fax con una línea dedicada. • Todo el equipo identificado en las normas de atención para transporte necesarias para transportar niños en vehículos. • El contratista debe garantizar que los clientes elegibles para el transporte de Medicaid se facturen a Medicaid. Está sujeto a auditoría por parte del condado. El contratista es responsable de mantener la documentación que demuestre que los conductores que prestan servicios tienen una licencia de conducir de Texas válida y han completado un curso de “Conducción segura” aprobado por el estado. El contratista debe conservar la documentación del seguro de responsabilidad civil para automóviles de cada vehículo utilizado por el programa según lo exija la ley estatal. Todos los vehículos deben tener una inspección vigente del estado de Texas. El límite mínimo aceptable del seguro de responsabilidad civil para automóviles es de \$300,000.00 de límite único combinado. La agencia debe conservar registros detallados de las millas recorridas y los nombres de las personas a las que se les proporcionó transporte, así como el origen y el destino de los viajes. <i>Es responsabilidad del contratista verificar el condado en el que residen los clientes.</i>
Requisitos del personal	Se debe colocar una identificación con foto de cada conductor en el vehículo utilizado para transportar a los clientes. Se deben realizar verificaciones de antecedentes penales a todo el personal de transporte de servicio directo antes de transportar a cualquier cliente. Los conductores deben tener un comprobante anual de un historial de conducción segura, que incluirá el historial de multas, conducir en estado de embriaguez (DWI), conducir bajo los efectos de alcohol o drogas

	(DUI) u otras infracciones de tránsito. La condena por más de tres (3) infracciones en movimiento durante el año pasado inhabilitará al conductor. La condena por un (1) DWI/DUI durante los últimos tres (3) años inhabilitará al conductor.
Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Las personas que reúnan los requisitos para los servicios de transporte a través de Medicaid no son elegibles para estos servicios de transporte. El contratista debe asegurarse que se cumplan los siguientes criterios para todos los clientes transportados por el programa de transporte del contratista: El proveedor de transporte debe asegurarse que los clientes utilicen los servicios de transporte para un propósito apropiado mediante uno de los siguientes tres métodos: 1. Verificación de la copia impresa de seguimiento entre el proveedor de transporte y el programa de la agencia de destino (DA) confirmando el uso del (de los) servicio(s) elegible(s), o 2. El cliente proporciona un recibo que documente el uso de los servicios elegibles a la agencia de destino en la fecha del transporte, o 3. El coordinador de transporte o el administrador de casos de la agencia receptora elaboraron la programación de los servicios de transporte. El formulario de verificación/recepción debe incluir como mínimo todos los elementos que se enumeran a continuación: • Tener el membrete de la agencia de destino • Fecha y hora • Código de cliente CPCDMS • Nombre y firma del miembro del personal de la agencia de destino (DA) que atendió al cliente (por ej., administrador de casos, médico clínico, médico, enfermero) • Sello de fecha de la agencia de destino para garantizar el formulario emitido por la DA.

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #3		Fecha: 04/20/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 400%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		

Definición de servicio de la Parte A/MAI del Programa Ryan White para EMA/HSDA de Houston Atención oftalmológica (Última revisión/Fecha de aprobación: 3/6/16)	
Título de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	Atención médica para pacientes externos/ambulatorios
Título de categoría de servicio local:	Atención oftalmológica
Tipo de presupuesto: Únicamente RWGA	Tarifa por servicio
Requisitos o restricciones presupuestarias: Únicamente RWGA	Los lentes correctivos no están permitidos en esta categoría. Se pueden proporcionar lentes correctivos bajo asistencia de seguro médico y/o asistencia financiera de emergencia según corresponda/esté disponible.
Definición de categoría de servicio de la HRSA: Únicamente RWGA	La atención médica para pacientes externos/ambulatorios es la prestación de servicios de diagnóstico y terapéuticos profesionales brindados por un médico, auxiliar médico, enfermero clínico especialista o enfermero practicante en un entorno para pacientes ambulatorios. Los entornos incluyen clínicas, consultorios médicos y furgonetas móviles donde los clientes generalmente no pasan la noche. Los servicios de salas de urgencias no son entornos para pacientes ambulatorios. Los servicios incluyen pruebas de diagnóstico, intervención temprana y evaluación de riesgos, atención y detección preventiva, examen médico, toma de historiales médicos, diagnóstico y tratamiento de afecciones físicas y mentales comunes, prescripción y administración de terapia con medicamentos, educación y consejería en problemas de salud, atención a bebés sanos, atención continua y manejo de afecciones crónicas, así como remisión y prestación de atención especializada (incluye todas las subespecialidades médicas). <i>La atención médica primaria</i> para el tratamiento de infección por VIH incluye la prestación de una atención que se ajuste a las directrices del Servicio de Salud Pública. Dicha atención debe incluir el acceso a terapias antirretrovirales y otras terapias con medicamentos, incluida la profilaxis, el tratamiento de infecciones oportunistas y terapias antirretrovirales combinadas. El aviso de política 10-02 de la HRSA establece que los fondos otorgados en virtud (del Programa) de la Ley CARE para la Parte A o la Parte B del Programa Ryan White pueden usarse para servicios optométricos u oftálmicos bajo atención médica primaria. Los fondos también pueden usarse para comprar lentes correctivos para afecciones relacionadas con infección por VIH, ya sea a través de las categorías de servicio de asistencia para primas de seguro médico o asistencia financiera de emergencia, según corresponda.
Definición de categoría de servicio local:	La atención oftalmológica en consultorio/clínica de atención primaria se define como un examen completo realizado por un

	optómetra u oftalmólogo calificado, que incluye un examen de elegibilidad según sea necesario. Una visita a un auxiliar médico en oftalmología acreditado para cualquiera de los siguientes propósitos es una visita permitida: • Pruebas de rutina y preliminares que incluyen pruebas de oclusión, prueba de color de Ishihara, punto cercano de conversión (NPC), pruebas de agudeza visual, lenteometría. • Pruebas del campo visual • Dispensación de anteojos, incluyendo accesorios para anteojos, pruebas de agudeza visual, medición, altura de segmento. • El ajuste de lentes de contacto no es una visita de seguimiento permitida.
Población objetivo (edad, género, ubicación geográfica, raza, etnia, etc.):	Personas infectadas con VIH que residen en EMA/HSDA de Houston.
Servicios que se prestarán:	Los servicios se deben prestar en una clínica de atención oftalmológica o en el consultorio de un optómetra. Los servicios deben incluir, entre otros, evaluaciones externas/internas de salud oftalmológica; refracciones; dilatación de las pupilas; evaluaciones de glaucoma y cataratas; exámenes de CMV; recetas para anteojos y medicamentos de venta libre; provisión de anteojos (no se permiten lentes de contacto); y remisiones a otros proveedores de servicios (es decir, médicos de atención primaria, oftalmólogos, etc.) para el tratamiento de CMV, glaucoma, cataratas, etc. La agencia debe proporcionar un plan escrito para garantizar que se produzca la colaboración con otros proveedores (médicos de atención primaria, oftalmólogos, etc.) y que los pacientes reciban el tratamiento adecuado para CMV, glaucoma, cataratas, etc.
Definición(es) de unidad de servicio: Únicamente RWGA	Una (1) unidad de servicio = Una (1) visita del paciente al optómetra, oftalmólogo o auxiliar en oftalmología.
Elegibilidad financiera:	Consulte la <i>elegibilidad financiera actual para los servicios del EMA de Houston</i> aprobada por el RWPC.
Elegibilidad del cliente:	Residente infectado con VIH de EMA/HSDA de Houston.
Requisitos de la agencia:	Los proveedores y el sistema deben estar certificados por Medicaid/Medicare para garantizar que los fondos del Programa Ryan White sean el pagador de último recurso en la medida en que los exámenes y los anteojos estén cubiertos por el programa estatal de Medicaid.
Requisitos del personal:	El proveedor debe tener en su personal un doctor en Optometría autorizado por la Junta de Optometría de Texas como optómetra terapéutico.

Requisitos especiales: Únicamente RWGA	Los servicios de atención oftalmológica deben cumplir o superar las directrices actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos para el tratamiento y control de enfermedades por VIH conforme corresponda a la atención oftalmológica.
--	--

**Proceso de decisión “Cómo cumplir mejor las necesidades” (HTBMN)
del RWPC año fiscal 2023**

Proceso de intervención: Consejo		Fecha: 06/09/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Dirección		Fecha: 06/02/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: _____ No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Comité de Mejora de la Calidad		Fecha: 05/03/2022
Recomendaciones:	Aprobado: Sí: <u>X</u> No: _____ Aprobado con modificaciones: _____	Si se aprueba con cambios, indique los cambios a continuación:
1.		
2.		
3.		
Step in Process: Grupo de trabajo HTBMN #1		Fecha: 04/19/2022
Recomendaciones:	Elegibilidad financiera: 400%	
1. Aceptar la definición de servicio tal como se presenta y mantener la misma elegibilidad financier.		
2.		
3.		