
Manual para proveedores de servicios para la comunidad con VIH de la parte B de Ryan White

Implementación de los programas de Servicios para la Comunidad con VIH en el estado de Washington



Oficina de Enfermedades Infecciosas

DOH 410-080 March 2021 Spanish

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio telefónico de Washington para personas con problemas de audición y del habla) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Índice

Terminología	4
Cómo usar este manual	6
Resumen	7
Oficina de Enfermedades Infecciosas	7
Liderar con equidad	9
Enfoque fundamentado por los traumas.....	10
Tipos de trauma y definiciones	10
Enfoque fundamentado por los traumas de la SAMHSA	11
Estándares de atención fundamentados por los traumas.....	11
Estándares universales.....	13
Elegibilidad.....	14
Confidencialidad	16
Derechos y responsabilidades de los clientes.....	18
Política de quejas	21
Política de transición o alta.....	22
Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS).....	23
Informes y gestión de los registros	25
Título XIX: gestión de casos médicos	29
Estándares de los servicios médicos básicos y de apoyo para PLWH.....	31
Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA (ADAP)	33
Programa de Intervención Temprana (EIP).....	33
Enlace a los servicios del EIP	34
Gestión de casos	35
Evaluación integral.....	41
Estándares para el plan de servicio individualizado (ISP)	43
Implementación del plan de servicio	45
Mejores prácticas del registro de progreso	46
Cierre del caso.....	49
Abandono de la atención	52
Servicios de Intervención Temprana.....	55

Asistencia financiera de emergencia	59
Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio.....	61
Servicios de vivienda	66
Servicios lingüísticos	72
Transporte médico.....	75
Servicios de salud mental.....	80
Servicios de difusión	87
Asesoramiento de pares	91
Apoyo psicosocial.....	95
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	98
Supervisión del programa	103
Visitas al lugar	103
Mejora de la calidad.....	106
Gestión de calidad.....	106
Gestión de la calidad clínica	106
Componentes del programa de gestión de calidad	106
Requisitos para los proveedores de HCS	107
COVID-19.....	110
Ley CARES para beneficiarios del Ryan White	110
Categorías de servicio elegibles para el Ryan White	110

Terminología

Este manual contiene terminología y siglas que son específicas de los programas de Servicios para la Comunidad con VIH (HCS, por su sigla en inglés).

El Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA (ADAP, por su sigla en inglés) es un programa administrado por los estados y territorios, autorizado conforme a la Parte B, que les proporciona medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por su sigla en inglés) a las personas de bajos ingresos que viven con VIH y tienen una cobertura de salud limitada de un seguro privado, Medicaid o Medicare, o bien, no tienen cobertura. Washington también usa fondos del ADAP a fin de comprar seguros médicos para los clientes elegibles y brindar servicios que mejoran el acceso a los tratamientos con medicamentos, así como su cumplimiento y supervisión. En Washington, al ADAP se llama Programa de Intervención Temprana (EIP, por su sigla en inglés).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) son el proveedor federal que administra los fondos para la prevención de muchas enfermedades, incluidos el VIH, las enfermedades de transmisión sexual y la hepatitis.

Los clientes son personas que viven con VIH o tienen un alto riesgo de contraerlo y que acceden a los HCS a través de un proveedor financiado.

Los consumidores son personas que tienen un alto riesgo de contraer VIH o que viven con el virus y participan en alguna parte del continuo de prevención, atención o tratamiento. Los proveedores y los encargados de las políticas, por lo general, usan “clientes” y “consumidores” indistintamente; sin embargo, es posible que este último término se reserve con más frecuencia para referirse a las PLWH (por su sigla en inglés, personas que viven con VIH) o PAHR (por su sigla en inglés, personas de alto riesgo) fuera del punto de referencia de un subdestinatario o programa en particular.

El Departamento de Correcciones (DOC, por su sigla en inglés) es la agencia que gestiona todas las cárceles de adultos operadas por el estado y supervisa a los presos adultos que viven en la comunidad.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS o DHHS, por sus siglas en inglés) es el proveedor federal que administra los fondos del Ryan White asignados por el Congreso a través de la Ley de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2009.

Los especialistas en intervención de enfermedades (DIS, por su sigla en inglés) son agentes de difusión sobre salud pública responsables de encontrar y asesorar a las personas con enfermedades de transmisión sexual y a sus contactos.

Los Servicios de Intervención Temprana (EIS, por su sigla en inglés) son una combinación de servicios que incluye identificar a las personas que no saben que tienen VIH para ayudarlas a que lo sepan y a obtener derivaciones a los servicios de atención y tratamiento.

La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por su sigla en inglés) es una división operativa del DHHS que administra los fondos del Ryan White asignados por el Congreso a través de la Ley de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2009.

La Oficina de VIH/SIDA (HAB, por su sigla en inglés) es la sección dentro de la HRSA que administra los fondos del Ryan White asignados por el Congreso a través de la Ley de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2009.

Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA, por su sigla en inglés) es un programa federal destinado a las necesidades de vivienda para las personas que tienen VIH/SIDA. Es administrado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.

El Departamento de Comercio es el proveedor del estado que administra los fondos del HOPWA.

HCS: por su sigla en inglés, Servicios para la Comunidad con VIH.

PAHR: por sus siglas en inglés, Personas En Alto Riesgo.

Los proveedores de HCS son proveedores de todo el estado de Washington (y uno en Oregón) que proporcionan HCS directos a los residentes de Washington que tienen VIH. El DOH (por su sigla en inglés, Departamento de Salud del Estado de Washington) tiene contrato con proveedores de la comunidad con VIH (subdestinatarios) para que estos servicios estén disponibles.

El Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH) es el destinatario que recibe los fondos de la Parte B del Ryan White para proporcionar servicios del EIP, de gestión de casos y de apoyo.

Los proveedores de la Parte C del Ryan White son clínicas que reciben fondos directamente de la HRSA para proporcionar cuidados médicos.

Los proveedores de la Parte A del Ryan White son aquellos que reciben fondos de un destinatario de la Parte A de dicho programa. En Washington, los destinatarios de la Parte A del Ryan White son el Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King y el Departamento de Salud del Condado de Multnomah. La Parte A se refiere a la asistencia proporcionada conforme al Ryan White en las EMA (por su sigla en inglés, áreas metropolitanas elegibles) y en las TGA (por su sigla en inglés, áreas de subvención en transición) que se han visto más afectadas por la epidemia de VIH. Washington y Oregón se consideran TGA a los fines de la Parte A.

La Ley de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2009 es el mayor programa federal concentrado exclusivamente en la atención del VIH. El Congreso promulgó la legislación por primera vez en 1990 como Ley de Emergencia de Recursos Integrales para el SIDA [CARE, por su sigla en inglés] Ryan White, y la volvió autorizar cuatro veces: en 1996, 2000, 2006 y 2009.

Una sindemia es un conjunto de problemas de salud relacionados que involucran dos o más afecciones que interactúan de manera sinérgica y contribuyen al exceso de la carga de enfermedad en una población. Las sindemias se producen cuando los problemas relacionados con la salud se agrupan según factores sociales comunes.

Cómo usar este manual

Este manual proporciona un resumen de los programas de Servicios para la Comunidad con VIH (HCS, por sus siglas en inglés) de Washington, establece los estándares aplicables de atención y describe los requisitos mínimos para las políticas, los procesos y los informes que se esperan de los proveedores que reciben fondos del DOH para brindar servicios a las Personas que Viven con VIH (PLWH, por sus siglas en inglés) o que se consideran en alto riesgo (PAHR, por sus siglas en inglés). Los requisitos descritos reflejan los estándares mínimos de atención esenciales para satisfacer las necesidades de las PLWH y las PAHR. El cumplimiento de estas políticas y estándares garantiza la prestación de servicios de calidad que sean coherentes en todas las agencias y en nuestro continuo de servicio. La creación de estos estándares le proporciona al DOH una serie de medidas con las cuales puede evaluar el desempeño de los subdestinatarios y la efectividad de la intervención.

El manual incluye las siguientes secciones:

1. **Introducción:** ayuda al lector a entender cómo usar el manual. Proporciona un resumen de los servicios ofrecidos en Washington.
2. **Resumen:** proporciona un resumen del sistema de prestación de servicios para el VIH en Washington.
3. **Estándares universales:** presenta los requisitos y las políticas mínimos que deben cumplir los programas médicos básicos, de gestión de casos y de apoyo financiados por el DOH.
4. **Control fiscal:** describe los requisitos de facturación, quién es el pagador de última instancia y los ingresos del programa.
5. **Estándares de los servicios médicos básicos y de apoyo para PLWH:** incluye las pautas y los requisitos de los servicios para PLWH. Los subdestinatarios del DOH que proporcionen cualquiera de estos servicios deben consultar esta sección para garantizar el cumplimiento de los requisitos del programa.
6. **Supervisión del programa:** describe cómo el DOH supervisa la calidad y la cantidad de los servicios proporcionados.
7. **Mejora de la calidad:** describe las actividades de mejora de la calidad destinadas a optimizar los resultados de salud a través de la implementación de mediciones del desempeño y métodos de gestión de calidad, incluidas las actividades de supervisión, evaluación y mejora.
8. **Anexos:** proporcionan recursos pertinentes y útiles para los administradores de casos (disponibles solo en inglés).

Resumen

Oficina de Enfermedades Infecciosas

La Oficina de Enfermedades Infecciosas (OID, por su sigla en inglés) administra los fondos del estado de Washington para los Servicios para la Comunidad con VIH (HCS). La OID forma parte de la División de Control de Enfermedades y Estadísticas de Salud. El objetivo de la financiación de los HCS es reducir la transmisión y las consecuencias médicas del VIH garantizando que las personas de Washington que viven con el virus (PLWH) o tienen alto riesgo de contraerlo (PAHR) tengan acceso a los servicios de atención médica y de apoyo. La OID está comprometida a desarrollar y mantener un continuo de atención del VIH que cumpla con los objetivos descritos en la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA (NHAS, por su sigla en inglés) y en la iniciativa Acabemos con el SIDA en Washington.

Principios rectores

- En la OID, priorizamos la visión de “liderar con equidad” para brindar servicios a las PLWH y a nuestros subdestinatarios y para guiar nuestras interacciones con los demás.
- Los Servicios para la Comunidad con VIH se proporcionan con un enfoque fundamentado por los traumas.
- Existe un sistema de atención basado en pruebas que brinda servicios a las PLWH y PAHR dentro de un continuo integral de atención primaria y servicios de apoyo.
- Los servicios de atención facilitan el acceso a los tratamientos contra el VIH/SIDA existentes y emergentes.
- La financiación para los servicios de atención del VIH para mujeres y niños y minorías raciales o étnicas es, como mínimo, proporcional a la prevalencia del VIH/SIDA en el estado.
- El estado de Washington aborda las necesidades de las poblaciones emergentes financiando los esfuerzos de difusión que alientan la participación temprana en los cuidados médicos del VIH.
- Los proveedores documentan el impacto de los servicios en la mejora del acceso a la atención y a los tratamientos de calidad para las PLWH y PAHR.

La OID utiliza un proceso sistemático para planificar, diseñar, medir, evaluar y mejorar el desempeño, que incluye lo siguiente:

- Recopilar y registrar datos y observaciones relacionados con la prestación de servicios.
- Usar procedimientos de evaluación para determinar qué tan eficaces y apropiadas son las intervenciones, qué tan bien proporcionan servicios los proveedores y cuáles son las oportunidades de mejora.
- Concentrarse en mejorar la calidad implementando recomendaciones basadas en datos y alentando la resolución participativa de problemas.
- Promover la comunicación, el diálogo y el intercambio de información en todo el departamento y en toda la comunidad sobre los hallazgos, los análisis, las conclusiones, las recomendaciones, las acciones y las evaluaciones relacionados con la mejora del desempeño.
- Esforzarse por establecer relaciones colaborativas con diversos proveedores comunitarios para promover de manera colaborativa la salud y el bienestar generales de la comunidad a la que se brindan servicios.

Servicios para la Comunidad con VIH

Los HCS tienen contrato con socios comunitarios para proporcionar servicios de gestión de casos y de otros tipos de apoyo. Estos incluyen los servicios de gestión de casos, tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias, salud mental, transporte médico, bancos de alimentos o comidas con entrega a domicilio, apoyo psicológico, asistencia con el idioma, vivienda e intervención temprana (EIS). La OID se rige por las definiciones de servicios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), que es el proveedor administrativo federal según el

Resumen

Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHS, por su sigla en inglés) y las enmiendas introducidas por la Ley de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2009 (Programa Ryan White).

La HRSA desarrolla políticas que implementan la legislación y proporcionan pautas para que los destinatarios entiendan e implementen los requisitos de dicha legislación. Estas políticas establecen pautas adicionales y pueden consultarse en el sitio web que se indica a continuación (solo en inglés):

- <https://hab.hrsa.gov/program-grants-management/policy-notice-and-program-letters>

Liderar con equidad

La equidad y la justicia social son indispensables para acabar con la epidemia de VIH. El VIH es una enfermedad con implicaciones sociales y del desarrollo, además de médicas. Las disparidades de salud relacionadas con el VIH no existen de forma aislada, sino que son parte de un sistema más grande de inequidades que las personas que viven con el virus (PLWH) experimentan todos los días. La Oficina de Enfermedades Infecciosas (OID), que forma parte del Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH), reconoce que desempeñamos un papel importante a la hora de identificar y proponer estrategias que funcionen intencionalmente para reducir las disparidades y promover la equidad. Nuestra intención es liderar con equidad. Sin embargo, creemos que necesitamos un cambio de paradigma para lograrlo. Es necesario un enfoque de justicia social que no solo considere los indicadores específicos de inequidad, sino que intente abordar los problemas asociados ampliamente con los determinantes sociales de la salud.

Las disparidades de salud están íntimamente relacionadas con una combinación compleja de determinantes sociales que influyen en las poblaciones afectadas con más fuerza por esta enfermedad. La equidad social es un objetivo deseable que exige un enfoque deliberado en mejorar los resultados en materia de salud de las personas que experimentan desventajas sociales o económicas. Los determinantes sociales de la salud afectan las disparidades en la sindemia de VIH, hepatitis viral y enfermedades de transmisión sexual. Los factores ambientales, como las condiciones de vivienda, las redes sociales y el apoyo social también son impulsores clave para la adquisición y la transmisión de la sindemia. Nuestra intención es garantizar que los servicios de gestión de casos se implementen de formas que estén fundamentadas por todos estos factores.

El racismo ha desempeñado un papel único en la salud y el bienestar de muchas personas que viven con VIH. Luchar contra la inequidad en la salud implica luchar contra el racismo. LA VIDA DE LAS COMUNIDADES NEGRAS IMPORTA. LA VIDA DE LAS PERSONAS NEGRAS QUE SE IDENTIFICAN COMO TRANS, IMPORTA. Acontecimientos como los asesinatos de Michael Brown, Tamir Rice, Eric Garner, Philando Castile, George Floyd, Breonna Taylor, Manuel Ellis, Tony McDade, James Scurlock, Dominique Fells, Riah Milton, Rayshard Brooks y Ahmaud Arbery son testimonio de la injusticia racial que persiste en todo el país y dentro de nuestras comunidades. Compartimos la indignación y la angustia expresadas en todos los Estados Unidos en respuesta al trato que los estadounidenses negros reciben de la policía y a la cantidad de asesinatos cometidos por estas fuerzas. Lo que es más, injusticias similares se producen de forma generalizada en muchas otras partes del mundo. Mientras que estos asesinatos ponen de relieve las inequidades inherentes al sistema de justicia penal, desigualdades similares se producen en los sistemas de salud pública, atención médica, bienestar social, educación y económico. El racismo institucional es generalizado y endémico.

Para acabar con la sindemia, debemos examinar nuestro sistema actual de prestación de servicios para el VIH con el objetivo de eliminar las políticas, las prácticas, las ideas y los comportamientos que les proporcionan una cantidad injusta de recursos, derechos y poder a las personas blancas, al tiempo que se los deniegan a las personas de color.

Enfoque fundamentado por los traumas

INTERSECCIONES DE TRAUMA, EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL



Según la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por su sigla en inglés), el 70 % de las PLWH han experimentado traumas, y estas personas son 20 veces más propensas que la población general a haber sufrido dichas experiencias. Estas experiencias traumáticas tienen consecuencias sociales, conductuales, económicas y de salud que afectan de manera desproporcionada a las PLWH (NASTAD, 2018). Reconocer y responder a los impactos del trauma, trabajar para reducir los nuevos traumas e intentar reconocer las fortalezas y la resiliencia mejorarán la atención y la salud de las PLWH y del personal que les proporciona cuidados.

Tipos de trauma y definiciones

Agudo: un acontecimiento o una experiencia de corta duración que se produce en un momento o lugar particulares.

Crónico: acontecimientos o experiencias que se producen repetidamente durante largos períodos. Puede incluir una o varias formas.

Histórico: se refiere a los impactos negativos de los traumas grupales a través de las generaciones que continúan sufriendo sus efectos.

Resumen

Enfoque fundamentado por los traumas de la SAMHSA

Un programa, una organización o un sistema que están fundamentados por el trauma:

- Reconocen el impacto generalizado de los traumas y entienden cuáles son los posibles caminos a la recuperación.
- Reconocen los signos y síntomas de los traumas en los clientes, las familias, el personal y otras personas que participan en el sistema.
- Responden integrando completamente el conocimiento sobre los traumas en las políticas, los procedimientos y las prácticas.
- Buscan evitar activamente generar nuevos traumas.

Estándares de atención fundamentados por los traumas

Los siguientes estándares se desarrollaron para que todos los subdestinatarios trabajen en pos de un sistema fundamentado por los traumas.

Política	Estándares
<p>Adopción de una cultura fundamentada por los traumas: valores, principios y desarrollo de una organización fundamentada por los traumas para garantizar la seguridad y evitar nuevos traumas.</p>	<p>Los subdestinatarios deberán asegurarse de que todo el personal esté capacitado o reciba capacitaciones constantes sobre las prácticas organizacionales fundamentadas por los traumas. El personal capacitado en estas prácticas deberá cumplir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • entender qué son los traumas y los principios de una cultura fundamentada por estos; • conocer el impacto de los traumas en un niño y, por lo tanto, en su vida adulta; • conocer las estrategias para mitigar el impacto de los traumas; • entender los nuevos traumas y sus impactos. <p>Las políticas y los procedimientos de los subdestinatarios deberán garantizar que se apoye un sistema fundamentado por los traumas y que las políticas aborden los problemas de los traumas, los nuevos traumas y los traumas secundarios del personal.</p> <p>Los subdestinatarios deberán aspirar a crear un entorno físico y socioemocional seguro para las PLWH y el personal. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mantener bien iluminados los estacionamientos, las áreas comunes, los baños y las entradas; • mantener bajo el nivel de ruido de las salas de espera; • usar lenguaje agradable e inclusivo en todos los letreros; • garantizar que el personal mantenga límites interpersonales saludables; • mantener una comunicación coherente, abierta y respetuosa; • tener conciencia de cómo la cultura de una persona afecta la forma en que percibe los traumas y la seguridad.
<p>Participación en autoevaluaciones organizacionales de las estrategias fundamentadas por los traumas.</p>	<p>Los subdestinatarios deberán realizar una autoevaluación organizacional para evaluar la medida en la cual las políticas actuales de la agencia están fundamentadas por los traumas e</p>

Resumen

	<p>identificar las fortalezas y las barreras de la organización para garantizar que el entorno no genere nuevos traumas. La autoevaluación debe actualizarse cada tres (3) años. En el Anexo A, se incluye un ejemplo de la herramienta de autoevaluación; sin embargo, las agencias pueden optar por usar o crear su propia.</p>
<p>Adopción de enfoques que evitan y abordan los traumas secundarios del personal.</p>	<p>Los subdestinatarios deberán adoptar enfoques que eviten y aborden el estrés por los traumas secundarios del personal. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oportunidades de supervisión• Informes de incidentes específicos de los traumas• Capacitaciones• Fomento del autocuidado y la actividad física• Otro apoyo organizacional (p. ej., programa de asistencia para empleados)
<p>Adopción de la participación de las PLWH.</p>	<p>Los subdestinatarios deben aspirar a incluir opiniones de las PLWH siempre que corresponda. Algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento de pares• Reuniones de la CAB (por su sigla en inglés, Junta Asesora de Cambios)• Mejora de la calidad

Citas y recursos

Iniciativa estratégica sobre los traumas y la justicia de la SAMHSA (julio de 2014). Concepto de trauma y pautas para un enfoque fundamentado por los traumas de la SAMHSA. Recuperado de:

<https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf> (solo en inglés).

ESTÁNDARES UNIVERSALES

Estándares universales

Los estándares universales son los requisitos mínimos que el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH) espera que cumplan los programas que proporcionan HCS mediante su financiación. Estos estándares se alinean con los Estándares del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para obtener más información, visite <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Global/universalmonitoringpartab.pdf> (solo en inglés).

Los estándares universales se aplican a todos los programas y proveedores de servicios médicos básicos y de apoyo que reciben fondos. Garantizan que los proveedores cuenten con políticas y procedimientos:

- que establezcan y reevalúen la elegibilidad de los clientes;
- que garanticen la confidencialidad de los clientes;
- que definan los derechos y las responsabilidades de los clientes;
- que establezcan un proceso para abordar las quejas de los clientes;
- que garanticen la prestación de servicios cultural y lingüísticamente adecuados;
- que maximicen la accesibilidad de los servicios;
- que promuevan la contratación y la capacitación adecuada del personal calificado.

Los proveedores deben contar con políticas y procedimientos para abordar los estándares universales.

Este es el formato para las tablas de estándares universales:

Estándar	Documentación
Requisito mínimo que el DOH espera que cumplan los programas cuando proporcionan servicios.	La documentación adecuada requerida.

Estándares universales: elegibilidad

Elegibilidad

Los proveedores deben establecer políticas de elegibilidad de los clientes que cumplan con las normas estatales y federales. Estas incluyen la evaluación de los clientes a fin de determinar su elegibilidad para los servicios dentro de los 30 días de admisión. Los proveedores deben contar con la documentación de elegibilidad en los registros de los clientes. En la mayoría de los servicios, esto incluye prueba del estado del VIH, de residencia, de ingresos y de estado de la cobertura de salud. Entre las excepciones, se incluye la prueba del estado del VIH para los EIS.

Documentos para la elegibilidad

Debido al mayor costo de vida (incluido los costos de vivienda y transporte) que el estado de Washington ha notado en áreas urbanas como Seattle, Tacoma, Spokane y Vancouver, el requisito máximo de ingresos para los Servicios de Administración de Casos está actualmente establecido al 750% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). El proveedor de HCS debe recopilar información de ingresos, incluidos los ingresos del hogar y el tamaño de la familia, de todos los clientes cuyo caso gestione dentro de los treinta (30) días de haber iniciado la admisión.

Para establecer la elegibilidad, los proveedores deben documentar y verificar la siguiente información:

- diagnóstico de VIH o SIDA (excepto para los EIS);
- residencia en el estado de Washington cada seis meses, a menos que se especifique lo contrario;
- ingresos del cliente y de todos los miembros del hogar correspondientes cada seis meses, a menos que se especifique lo contrario;
- estado de la cobertura de salud cada seis meses, a menos que se especifique lo contrario.

Requisito de elegibilidad	Ejemplos de documentación aceptable
Diagnóstico de VIH o SIDA	<ul style="list-style-type: none">• ELISA (por su sigla en inglés, ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) positivo con resultado de la prueba de Western Blot que lo confirme.• Prueba de ARN-PCR o de ADN ramificado que muestre la carga viral detectable del VIH.• Informe de laboratorio original que indique el estado de VIH positivo (p. ej., informe de laboratorio que muestre la carga viral detectable o lista de medicamentos).• Carta, con la firma del médico, enfermero registrado avanzado profesional o asistente médico, en la que se indique el estado de VIH positivo del cliente.• Prueba de carga viral de VIH en el sistema de gestión de datos.
Residencia en el estado de Washington	<ul style="list-style-type: none">• Identificación tribal o licencia de conducir del estado de Washington vigentes.• Identificación del estado de Washington vigente.• Tarjeta de registro de votante del estado de Washington.• Factura de servicios públicos (no se aceptan facturas de teléfonos celulares).• Contrato o documento de arrendamiento, alquiler, hipoteca o amarre.• Declaración del cliente sin hogar.• Carta de adjudicación de SSI (por su sigla en inglés, Seguridad de Ingreso Suplementario) o SSDI (por su sigla en inglés, beneficios por incapacidad del Seguro Social) con la dirección del cliente.• Cuestionario impreso de ACES (por su sigla en inglés, experiencias adversas de la infancia) (el cliente debe estar recibiendo los servicios activamente).

Estándares universales: elegibilidad

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del DOC <p>En algunos casos, es posible que un cliente no pueda presentar alguna documentación preferida de residencia en Washington debido a la falta de hogar, la situación de indocumentado u otros impedimentos. En dichos casos, estas son las formas aceptables de documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una carta firmada de una persona con la cual el cliente reside o que le brinda hospedaje de otra forma al solicitante. • Una carta firmada de un gerente de casos o de otro profesional en la que se explique por qué la declaración de residencia en Washington del cliente es aceptable. • No es necesario ser un ciudadano estadounidense para recibir HCS. Los solicitantes no tienen la obligación de documentar su ciudadanía o estatus migratorio a fin de ser elegibles para los servicios.
Ingresos del cliente y de todos los miembros del hogar correspondientes	<ul style="list-style-type: none"> • Cheque o comprobante de pago (debe mostrar el nombre, el período de pago y los ingresos brutos recibidos). • Comprobante del seguro por desempleo. • Declaración de beneficios mensuales. • Declaración de beneficios anuales W-2 del empleador. • Estado de ganancias y pérdidas. • Copia de la declaración de los programas SSI o SSDI. • Declaración de ingresos por empleo autónomo (junto con un estado bancario) o declaración de falta de ingresos.
Estado de la cobertura de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta del seguro médico o dental • Declaración de Medicare o Medicaid

Reevaluación de la elegibilidad

Cada seis (6) meses como mínimo, los proveedores de HCS deben recopilar la documentación de respaldo para reevaluar y verificar tanto la residencia en Washington como el estado de la cobertura de salud de todos los clientes. Se admiten nuevas copias de los materiales aceptables de residencia y cobertura de salud que muestren información actualizada, o la firma y la fecha del cliente en una copia existente de estos documentos que verifique que no hubo cambios en el estado.

Los proveedores de HCS deben recopilar información sobre los ingresos del hogar y el tamaño de la familia cada seis (6) meses. Pueden obtener estos datos por medio de una declaración del cliente.

Confidencialidad

Una política de confidencialidad protege la información personal y médica de los clientes, como el estado del VIH, los factores conductuales de riesgo y el uso de los servicios. Los proveedores deben contar con una política de confidencialidad que se alinee con las leyes estatales y federales ([capítulos 182-539-0300/0350 del WAC](#) [por su sigla en inglés, Código Administrativo de Washington] [solo en inglés]). La política de confidencialidad debe incluir disposiciones sobre el consentimiento para la ROI (por su sigla en inglés, divulgación de información), el deber de advertir y el almacenamiento de los registros de los clientes.

Divulgación de información

Los proveedores deben desarrollar un formulario de ROI que describa las circunstancias conforme a las cuales el subdestinatario puede divulgar información del cliente. Los formularios de ROI deben contener un acontecimiento o una fecha de vencimiento que se relacione con el paciente o el objetivo de la divulgación. El formulario de ROI debe cumplir con las pautas del [capítulo 70.02.030 del RCW](#) (por su sigla en inglés, Código Revisado de Washington [diponible](#)) (Autorización de divulgación del paciente) (solo en inglés) y el [capítulo 182-539-0300 del WAC](#) (Gestión de casos para personas que viven con VIH/SIDA) (solo en inglés). Si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su sigla en inglés) es aplicable, el formulario de ROI debe cumplir con dicha ley. El formulario de ROI debe incluir lo siguiente:

- Nombre y fecha de nacimiento del cliente o paciente cuya información vaya a compartirse.
- Nombre del subdestinatario o de la persona con la cual se compartirá la información.
- Tipos de información que se compartirá.
- Firma del cliente (debido a la pandemia de COVID-19, se aceptan firmas verbales a través del registro de progreso).

Deber de advertir

Como parte de la política de confidencialidad, todas las agencias deben incluir una declaración de advertencia que describa las circunstancias conforme a las cuales el subdestinatario puede divulgar información del cliente. El deber de advertir se refiere a la responsabilidad de un gerente de casos de violar la confidencialidad si un cliente u otra persona identificable se encuentran en un peligro claro o inminente. En situaciones en las cuales haya pruebas claras de peligro para el cliente u otras personas, el gerente de casos debe determinar el nivel de gravedad de la amenaza y notificarles a la persona en peligro y a otras que estén en una posición para protegerla de dicho peligro. Sin embargo, conforme al [capítulo 71.05.120 del RCW](#) (solo en inglés), si el gerente de casos tiene sospechas razonables con respecto a la amenaza, el deber de advertir lo protege de una demanda.

Seguridad de los expedientes de los clientes

Para evitar que las personas no autorizadas accedan a la información confidencial, los gerentes de casos deben proteger los expedientes físicos y electrónicos de los clientes de una manera que cumpla con los estándares mínimos de la HIPAA. La seguridad de los expedientes y registros de los clientes debe ser parte de la política de confidencialidad del subdestinatario.

- Los expedientes que se transporten deben conservarse en un contenedor cerrado y nunca dejarse sin supervisión.
- Los medios electrónicos deben anonimizarse o cifrarse antes de que salgan del control de un subdestinatario.
- El proveedor debe conservar los expedientes de los clientes durante seis años luego de que hayan fallecido o de que el expediente esté inactivo.

Estándares universales: confidencialidad

Estándares

Objetivo: la confidencialidad garantiza la protección del estado del VIH, de los factores conductuales de riesgo o del uso de los servicios.

Estándar	Documentación
<p>Los proveedores de HCS deberán proteger la confidencialidad conforme a las leyes estatales y federales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La política de confidencialidad de los proveedores de HCS debe estar disponible para inspeccionarse y cumplir con las leyes estatales y federales. • Los proveedores de HCS deben publicar su política de confidencialidad en un área fácilmente visible para los clientes. • La política de confidencialidad debe estar disponible para los clientes, y el proveedor de HCS deberá recopilar las iniciales o la firma de los clientes como prueba de esto, mediante las cuales confirmen que recibieron y entendieron dicha política.
<p>Debe existir un formulario de divulgación de información del cliente en el que se describan las circunstancias en las cuales el proveedor puede divulgar dicha información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe contar con un formulario de divulgación de información firmado en cada registro de cliente que incluya todos los elementos correspondientes. • El formulario de ROI debe establecer los parámetros de intercambio de información con los financiadores a los fines de las auditorías de cumplimiento.
<p>Todo el personal y los voluntarios deberán firmar una declaración en la que acepten la política de confidencialidad del subdestinatario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe contar con un acuerdo de confidencialidad del personal firmado por cada miembro del personal y voluntario.
<p>El proveedor debe contar con una política sobre el almacenamiento de copias impresas y digitales de la información del cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La política de almacenamiento de información del proveedor debe estar disponible para inspeccionarse. • El proveedor debe almacenar los registros en un archivador, armario o sala cerrados con llave. • Los expedientes electrónicos deben estar protegidos por contraseña, y el acceso a ellos debe estar limitado.
<p>Los proveedores de servicios deben contar con una política para conservar los registros de los clientes, así como para destruir los que pasaron la fecha obligatoria de conservación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe contar con una política de conservación de registros. Los registros deben almacenarse y ser accesibles durante un período de seis años después de la fecha de cierre.

Estándares universales: derechos y responsabilidades de los clientes

Derechos y responsabilidades de los clientes

La participación activa en la atención médica propia y en la toma de decisiones al respecto maximiza la calidad de la atención y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Los proveedores pueden facilitar esto asegurándose de que los clientes conozcan y entiendan sus derechos y responsabilidades. Las agencias deben contar con una política de derechos y responsabilidades de los pacientes que garantice lo siguiente:

- que los HCS financiados por el DOH sean accesibles para los clientes;
- que los servicios estén disponibles independientemente de la capacidad del cliente para pagarlos;
- que no se discrimine;
- que los clientes tengan acceso a sus expedientes;
- que haya libertad para elegir al proveedor;
- que los consumidores participen en el diseño y la evaluación de los HCS.

Accesibilidad a los servicios

Los HCS financiados con fondos locales o del Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX deben ser accesibles para todos los clientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Las agencias deben proporcionar servicios en un entorno accesible para las personas de bajos ingresos que vivan con VIH. Las agencias deben cumplir con los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por su sigla en inglés) (www.ada.gov [solo en inglés]). Además, deben proporcionarles servicios a los clientes elegibles independientemente de su capacidad para pagarlos y de sus afecciones actuales o anteriores.

Las agencias deben documentar cómo promocionan los servicios para el VIH. La documentación debe incluir copias de los materiales del programa para el VIH que promocionan los servicios y explican los requisitos de elegibilidad del programa. Además, según los Estándares Nacionales para los Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS, por su sigla en inglés), las agencias deben poner a disposición materiales relacionados con los clientes que sean fáciles de entender y publicar los letreros de las áreas de servicio en los idiomas de los grupos que se encuentran comúnmente.

Disponibilidad de los servicios

Además, deben proporcionarles servicios a los clientes elegibles independientemente de su capacidad para pagarlos y de sus afecciones actuales o anteriores. Las agencias deben contar con políticas de facturación, cobros, copagos y tarifas variables que no sean un impedimento para proporcionar los servicios. También deben conservar los expedientes de las personas elegibles a las cuales se les denegaron los servicios, y se deben especificar los motivos del rechazo. Los expedientes del subdestinatario deben incluir las quejas formales de los clientes, así como la documentación de la revisión de la queja y la decisión tomada.

No discriminación

Las agencias proporcionan servicios a todas las personas elegibles sin discriminación sobre ninguna base prohibida por la ley. Estas incluyen las siguientes: infección por VIH, raza, etnia, credo, color, edad, sexo, género, identidad o expresión de género, estado civil o de paternidad/maternidad, orientación sexual, religión, ascendencia, nacionalidad, discapacidad física o mental, abuso de sustancias, condición migratoria, afiliaciones o creencias políticas, condición de exdelincuente, baja del servicio militar desfavorable o membresía en una organización activista.

Estándares universales: derechos y responsabilidades de los clientes

Acceso a los expedientes

Las agencias deben contar con una política de acceso a los registros o expedientes que cumpla, como mínimo, con los capítulos [70.02.080](#) y [70.02.090](#) (solo en inglés) del RCW, y proporcionársela a los clientes. El DOH espera que los subdestinatarios adopten un proceso con pocos obstáculos para acceder a los expedientes.

Libertad de elección de los proveedores

Las agencias deben asegurarse de que los clientes entiendan su derecho a elegir su proveedor de HCS. Pueden negarse a brindarle servicios a un cliente sobre la base de factores razonables, como capacidad insuficiente o incapacidad para satisfacer las necesidades de un cliente de manera segura y oportuna. El DOH espera que los subdestinatarios documenten cualquier denegación de servicios a un cliente.

Opiniones y comentarios de los clientes

Las agencias deben incorporar opiniones y comentarios de los clientes en el diseño y la evaluación de los servicios de gestión de casos financiados con fondos locales y del Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX. Las agencias pueden lograr esto de la siguiente manera:

- Juntas asesoras para consumidores.
- Participación de los consumidores en comités de los programas para el VIH u otros organismos de planificación.
- Evaluaciones de necesidades, grupos de debate o encuestas de satisfacción que recopilan información de los consumidores para ayudar a guiar y evaluar la prestación de servicios.

Estándares universales: derechos y responsabilidades de los clientes

Estándares

Objetivo: los proveedores deben contar con políticas y procedimientos que protejan los derechos y describan sus responsabilidades y las de los clientes. Además, deben demostrar su capacidad para garantizar que los servicios sean accesibles y pertinentes para todas las PLWH, incluidas las minorías lingüísticas y culturales y las personas con discapacidades.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS deberá asegurarse de que los clientes conozcan y entiendan sus derechos y responsabilidades como consumidores de servicios para el VIH.	La declaración de los derechos y responsabilidades de los proveedores debe estar firmada y fechada por el cliente.
No deberán existir obstáculos debido a una discapacidad del cliente.	El proveedor de HCS debe contar con una política conforme a la ADA por escrito.
Los proveedores de servicios para el VIH deberán proporcionar servicios médicos básicos y de apoyo independientemente de la capacidad de la persona para pagarlos y de sus afecciones actuales o anteriores.	Los estándares relativos a los derechos y las responsabilidades de los clientes del proveedor de HCS deben incluir una declaración de que las personas pueden recibir servicios sin importar su capacidad para pagarlos y sus afecciones actuales o anteriores.
Los proveedores de HCS deberán proporcionar servicios en un entorno que sea accesible para los clientes.	El proveedor de HCS debe demostrar que se puede acceder a las instalaciones en transporte público, o bien, proporcionar asistencia con el transporte.
El proveedor de HCS no deberá discriminar sobre ninguna base prohibida por la ley.	<p>El proveedor de HCS debe contar con una política de no discriminación y mantener un registro de las personas a las cuales se les denegaron los servicios, con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motivos para el rechazo especificados; • quejas del cliente; • revisión de las quejas; • decisión tomada.

Estándares universales: política de quejas

Política de quejas

La política de quejas de un subdestinatario debe describir las opciones que tiene un cliente si siente que el subdestinatario lo está tratando de manera injusta o que no le está proporcionando servicios de calidad. El procedimiento de quejas debe publicarse y estar visible para los clientes, e incluir lo siguiente:

- Los pasos que el cliente debe seguir para presentar una queja.
- El procedimiento del subdestinatario para manejar las quejas.
- La información sobre cómo un cliente puede apelar la decisión si no está satisfecho con la resolución de la queja.

Las agencias deben conservar de manera confidencial los expedientes de las personas elegibles a las cuales se les denegaron los servicios, y se deben especificar los motivos del rechazo. Los expedientes del subdestinatario deben incluir las quejas formales de los clientes, así como la documentación de la revisión de la queja y la decisión tomada.

Quejas

Objetivo: los proveedores deben contar con políticas y procedimientos que describan el procedimiento de quejas de los clientes.

Estándar	Documentación
Los proveedores de HCS deberán establecer un proceso para abordar las quejas de los clientes.	<ul style="list-style-type: none">• El proveedor de HCS debe contar con una política de quejas por escrito.• El proveedor debe registrar todas las quejas.• Las notas relacionadas con las investigaciones, conclusiones y medidas posteriores deben estar disponibles para revisarse o inspeccionarse.

Estándares universales: transición o alta

Política de transición o alta

El destinatario debe contar con una política de transición o alta en la que se describa cómo intentará mantener la continuidad de la atención de los clientes que abandonan su agencia. La política de alta debe incluir los motivos para la transición y el alta de los clientes.

Transición o alta

Objetivo: los proveedores deben maximizar la continuidad de la atención a través de procedimientos de alta y transición integrales y bien definidos.

Estándar	Documentación
En la medida de su capacidad, el proveedor de HCS deberá garantizar la continuidad de los servicios para todos los clientes.	<ul style="list-style-type: none">• El proveedor de HCS debe contar con una política de transición y alta por escrito.• Los procesos de transición o alta incluyen lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ los pasos que el cliente debe seguir para hacer la transición a otro subdestinatario;○ los pasos que el subdestinatario debe seguir para hacer la transición del cliente o darle de alta.• El derecho de apelación del cliente.• El proveedor debe registrar todas las transiciones y altas.• Las notas relacionadas con las investigaciones, conclusiones y medidas posteriores deben estar disponibles para inspeccionarse.

Estándares universales: Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS)

Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS)

Según los Estándares Nacionales para los Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS), las agencias deben poner a disposición materiales relacionados con los clientes que sean fáciles de entender. Además, deben publicar los letreros de las áreas de servicio en los idiomas de los grupos que se encuentran comúnmente.

Los estándares para los CLAS no son una ley, pero tienen fuertes conexiones legales con el [Título VI de la Ley de Derechos Civiles](#). La adopción e implementación completas de los estándares para los CLAS ayudan a una agencia u organización a cumplir con el Título VI y otras leyes federales.

Hay 15 estándares para los CLAS. Los estándares del 2 al 14 sirven como pasos factibles para alcanzar el estándar principal. [Imprima una copia para sus registros \(PDF\)](#).

Estándar principal

1. Proporcione atención y servicios de calidad efectivos, equitativos, entendibles y respetuosos, que sean receptivos a diversas creencias y prácticas de salud culturales, idiomas preferidos, conocimientos sobre salud y otras necesidades de comunicación.

Dirección, liderazgo y fuerza laboral

2. Promueva y mantenga una dirección y un liderazgo organizativos que fomenten los CLAS y la igualdad en la salud a través de políticas, prácticas y asignación de recursos.
3. Reclute, promueva y apoye a personal directivo, administrativo y operativo que sea cultural y lingüísticamente diverso, capaz de responder a las necesidades de la población en su zona de servicio.
4. Eduque y capacite a los niveles directivos, administrativos y operativos en políticas y prácticas cultural y lingüísticamente apropiadas de manera constante.

Comunicaciones y asistencia lingüística

5. Ofrezca asistencia lingüística sin costo a las personas que tienen LEP (por su sigla en inglés, competencia limitada en inglés) u otras necesidades de comunicación para facilitar el acceso oportuno a todos los servicios de cuidado de salud.
6. Infórmeles claramente a las personas sobre la disponibilidad de los servicios de asistencia lingüística en su idioma preferido, ya sea de forma verbal o escrita.
7. Asegúrese de que las personas que proporcionan asistencia lingüística tengan competencia para hacerlo, y evite usar personas no capacitadas o menores de edad como intérpretes.
8. Proporcione materiales y letreros impresos y multimedia fáciles de entender en los idiomas comúnmente utilizados por las poblaciones del área de servicio.

Participación, mejora constante y responsabilidad

9. Establezca objetivos, políticas y responsabilidad gerencial que sean cultural y lingüísticamente adecuados, e intégrelos en todas las planificaciones y operaciones de la organización.
10. Realice evaluaciones constantes de las actividades de la organización relacionadas con los CLAS e integre medidas relacionadas con estos servicios en las medidas de evaluación y en las actividades constantes de mejora de la calidad.
11. Recopile y conserve datos demográficos precisos y confiables para supervisar y evaluar el impacto de los CLAS en la equidad y en los resultados en materia de salud, así como para fundamentar la prestación de servicios.

Estándares universales: Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS)

12. Realice evaluaciones regulares de los activos y las necesidades de salud comunitarios, y use los resultados para planificar e implementar servicios que respondan a la diversidad cultural y lingüística de las poblaciones del área de servicio.
13. Asóciase con la comunidad para diseñar, implementar y evaluar las políticas, las prácticas y los servicios a fin de garantizar la adecuación cultural y lingüística.
14. Cree procesos de resolución de conflictos y quejas que sean cultural y lingüísticamente adecuados para identificar, evitar y resolver conflictos o quejas.
15. Comunique el avance de la organización a la hora de implementar y mantener los CLAS a todas las partes interesadas, los votantes y el público en general.

Objetivo: los proveedores deberán reducir los obstáculos para la atención o aumentar el acceso a esta mediante la prestación de servicios cultural y lingüísticamente apropiados.

Estándar	Documentación
<p>El proveedor de HCS deberá asegurarse de que los intérpretes y el personal bilingüe les proporcionen asistencia lingüística competente a los clientes con poco conocimiento del inglés. Los familiares y amigos no deben proporcionar servicios de interpretación, excepto que el cliente lo solicite.</p>	<p>El proveedor de HCS debe documentar el acceso a los servicios de las personas con poco conocimiento del inglés a través de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal bilingüe: se debe contar con un currículum en el cual se demuestre su competencia bilingüe y con documentación de las capacitaciones sobre las habilidades y la ética de la interpretación. • Intérpretes contratados o voluntarios: se debe contar con una copia de sus certificaciones en los registros. • Servicios de intérprete telefónico: deben estar registrados. • Servicios de intérprete de un amigo o familiar: se debe tener y conservar un formulario de reconocimiento firmado en los registros del cliente.
<p>El proveedor de HCS deberá desarrollar políticas y procedimientos escritos relacionados con la competencia cultural, incluida una lista de las personas que participaron en dicha tarea.</p>	<p>El proveedor de HCS debe contar con una política de conciencia cultural por escrito.</p>

Estándares universales: informes y gestión de los registros

Informes y gestión de los registros

El personal de los HCS debe documentar la información a fin de coordinar los servicios de los clientes, registrar las derivaciones y los recursos proporcionados, cumplir con los requisitos contractuales de cada fuente de financiación y supervisar y evaluar los servicios. Los proveedores deben usar la base de datos del DOH para hacer un seguimiento de las actividades; ingresar los registros del progreso; actualizar los datos demográficos, de vivienda, del seguro y de los ingresos de los clientes; documentar la prestación de los servicios e informar las mediciones del desempeño.

Informes narrativos

1. Los informes narrativos deben incluir los siguientes componentes:
 - a. Cambios en el plan de prestación de los servicios.
 - b. Nuevos puntos de acceso para los servicios directos financiados por los HCS.
 - c. Participación en el proceso de planificación de los programas para el VIH de Washington.
 - d. Los logros del programa, por ejemplo:
 - i) Difusión.
 - ii) Conexión con la atención.
 - iii) Éxito a la hora de llegar a las poblaciones marginadas.
 - iv) Éxito a la hora de cumplir o superar los objetivos planificados.
 - v) Estrategias efectivas usadas para reclutar, capacitar o retener a los empleados.
 - vi) Conexiones mejoradas con otras programaciones de Servicios para la Comunidad con VIH.
 - vii) Coordinación de los servicios con otros sistemas de prestación de atención médica.
 - viii) Evaluación del impacto de los fondos de los HCS e implementación de las mejoras necesarias.
 - ix) Documentación de los clientes atendidos y de los resultados alcanzados.
 - e. Desafíos y lecciones aprendidas, por ejemplo:
 - i) Herramientas y protocolos.
 - ii) Disparidades de salud.
 - f. Soporte técnico necesario.

NOTA: El DOH realizará resúmenes de datos de rutina en lugar de que los proveedores proporcionen datos demográficos trimestrales. Los proveedores deben presentar los datos globales de la población basados en los datos de las PAHR de manera trimestral.

Los proveedores deben presentar los informes 30 días después de la finalización del trimestre. Si la fecha de vencimiento cae un fin de semana o un feriado, el informe puede presentarse el viernes anterior o el lunes siguiente.

Primer trimestre: del 1.º de enero al 31 de marzo
Segundo trimestre: del 1.º de abril al 30 de junio
Tercer trimestre: del 1.º de julio al 30 de septiembre
Cuarto trimestre: del 1.º de octubre al 31 de diciembre

Vencimiento del informe: 30 de abril
Vencimiento del informe: 30 de julio
Vencimiento del informe: 30 de octubre
Vencimiento del informe: 30 de enero

Personal

Habilidades y conocimiento

El personal de HCS debe contar con credenciales adecuadas conforme a las leyes y normas del estado de Washington, **o bien**, debe demostrar suficiente dominio de las siguientes áreas de habilidades y conocimiento que son esenciales para gestionar la complejidad de las necesidades y afecciones médicas de los clientes relacionadas con el VIH:

- Terminología médica comúnmente asociada con los casos de VIH o SIDA.
- Los medicamentos usados para el tratamiento o la prevención del VIH y las afecciones relacionadas.
- Los procedimientos comunes de laboratorio asociados con la atención del VIH y el significado de los resultados de laboratorio asociados.
- Los procesos de elegibilidad e inscripción para los formularios de pago mediante terceros disponibles para las PLWH, incluidos el Programa de Intervención Temprana, el Programa de Asistencia con el Seguro para el VIH de Washington, los planes de salud que califican a través de Healthplanfinder, el WSHIP (por su sigla en inglés, Grupo de Seguros Médicos del Estado de Washington), Medicaid, Medicare y los seguros médicos privados.
- Las leyes y normas relacionadas con el intercambio de información médica confidencial, incluida la HIPAA.

El personal de los HCS también debe mantener la competencia en cuanto a los siguientes servicios relacionados con la atención, y debe colaborar con los proveedores de dichos servicios:

- Programa de Intervención Temprana de Washington (EIP ADAP).
- Programa de Asistencia con el Seguro para el VIH de Washington, proporcionado actualmente por el Programa de Seguro Médico Evergreen (EHIP, por su sigla en inglés).
- Programa Oportunidades de Vivienda para las Personas con SIDA (HOPWA), administrado por el DOH.

El personal de los HCS debe contar con lo siguiente:

- descripciones laborales claras y actualizadas;
- orientación;
- supervisión;
- oportunidades de capacitación constantes y adecuadas.

Los proveedores son responsables de proporcionarle al personal supervisión y capacitaciones a fin de que desarrollen las capacidades necesarias para un desempeño laboral efectivo. El personal debe tener experiencia previa o un plan para adquirir experiencia en la prestación de HCS.

Descripciones laborales

El personal de los HCS debe recibir y firmar una descripción laboral escrita que describa los requisitos mínimos específicos para su puesto.

La descripción laboral del supervisor debe establecer los siguientes requisitos:

- Entender los estándares y requisitos de los HCS en todo el estado.
- Revisar las descripciones laborales del personal cada 12 meses y actualizarlas según sea necesario.
- Tener contacto con el personal de los HCS al menos semanalmente.
- Tener la educación, el conocimiento y las habilidades para apoyar al personal de los HCS.

Orientación

Las agencias deben proporcionar una orientación estructurada dentro del primer mes de contratación. La orientación debe abordar lo siguiente:

- el funcionamiento general del programa y del subdestinatario;
- las tareas o responsabilidades del trabajo;
- las políticas y los procedimientos del subdestinatario;
- la confidencialidad;
- el código de ética;
- los límites profesionales;
- una presentación de los recursos y programas locales;
- una revisión del proceso de elegibilidad y admisión de los clientes;
- la documentación obligatoria en los expedientes de los clientes;
- las necesidades de capacitación y los requisitos de capacitación anual;
- la gestión de calidad;
- el manejo del estrés relacionado con el trabajo y cómo evitar el agotamiento;
- la gestión de crisis.

Supervisión

Los supervisores deben proporcionarle al personal de los HCS orientación y supervisión. Esto debe incluir lo siguiente:

- Contacto semanal, así como reuniones intencionales de supervisión con cada miembro del personal al menos dos veces por mes.
- Evaluación del desempeño laboral al menos una vez por año.

Capacitaciones

Dentro de los primeros seis meses de contratación, el personal de los HCS que proporcione servicios a las PLWH debe asistir a las capacitaciones patrocinadas por el DOH. Además, el personal financiado por este departamento debe recibir al menos 20 horas de capacitaciones relacionadas con el trabajo por año (las capacitaciones financiadas por el DOH se contabilizarán para el mínimo de 20 horas a razón de 8 horas por día de capacitación). El requisito de capacitación para los gerentes de casos de tiempo parcial es equivalente al porcentaje de los FTE (por su sigla en inglés, empleados de tiempo completo) (p. ej., 0.5 FTE = mínimo de 10 horas de capacitación por año)

El DOH espera que el personal de los HCS mantenga un registro de sus capacitaciones. Los subdestinatarios deben recopilar y almacenar anualmente los registros de capacitación del personal en los expedientes de dicho personal.

Los siguientes son algunos ejemplos de capacitaciones relacionadas con el trabajo.

- Salud mental
- Atención fundamentada por los traumas
- Dependencia química
- Humildad cultural
- Tendencias y tratamientos del VIH
- Abandono del tabaquismo
- Prevención del VIH
- Reducción de los daños
- Capacitación sobre la retención en la atención (ARTAS [por su sigla en inglés, tratamiento antirretroviral y acceso a servicios])

Estándares universales: personal

- Ética
- MI (por su sigla en inglés, entrevistas motivacionales)

Consultas clínicas

Además de las capacitaciones indicadas más arriba, los supervisores deben proporcionar u organizar consultas de casos clínicos con el personal de gestión de casos, al menos, trimestralmente.

Revisión de los expedientes de los clientes

Los supervisores deben revisar una muestra representativa de todos los expedientes de casos de manera trimestral para cumplir con los estándares de los HCS. Además, se recomienda firmemente la revisión por pares de los expedientes de los clientes.

Título XIX: gestión de casos médicos

Título XIX: gestión de casos médicos

El objetivo de la gestión de casos médicos orientada al VIH/SIDA conforme al Título XIX es ayudar a las personas que viven con VIH/SIDA a lo siguiente:

- Obtener y mantener el acceso a los principales cuidados médicos y tratamientos.
- Obtener y mantener el acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- Mantener la continuidad del tratamiento y de los medicamentos.
- Vivir con la mayor independencia posible.

La Autoridad Sanitaria (HCA, por su sigla en inglés) tiene un acuerdo con el Departamento de Salud (DOH) para administrar el Programa de Gestión de Casos de VIH/SIDA para los clientes elegibles ([capítulo 182-539-0300 del WAC](#) [solo en inglés]). Los Servicios del cliente con VIH supervisan el funcionamiento diario del Programa de Gestión de Casos de VIH/SIDA conforme al Título XIX.

Elegibilidad de los clientes

A fin de ser elegible para los servicios del Programa de Gestión de Casos de VIH/SIDA conforme al Título XIX, un cliente debe cumplir lo siguiente:

- Tener un diagnóstico médico actual de VIH o SIDA.
- No estar recibiendo servicios de gestión de casos de VIH/SIDA simultáneamente de otro programa.
- Requerir asistencia para obtener y usar de manera efectiva los servicios médicos, sociales y educativos necesarios, o necesitar 90 días de supervisión constante.
- Tener un paquete de beneficios que cubra la gestión de casos de VIH/SIDA.

Un cliente inscrito en una Organización de Atención Médica Administrada (MCO, por su sigla en inglés) de Medicaid es elegible para los servicios de gestión de casos de VIH/SIDA conforme al Título XIX. La HCA no exige que los proveedores de HCS obtengan una derivación de la MCO del cliente.

Reembolso por los servicios

La Autoridad Sanitaria usa un modelo de pago por servicio para reembolsar a los proveedores por los servicios del Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX. A fin de recibir el pago por los servicios prestados a un cliente específico, el proveedor debe cumplir con lo siguiente:

- Contar con una reevaluación de la información de elegibilidad de ese cliente con fecha dentro de los seis meses de que se hayan proporcionado los servicios.
- Contar con un ISP (por su sigla en inglés, plan de servicio individualizado) activo reevaluado dentro de los seis meses de la fecha de los servicios.
- Haberle proporcionado servicios pertinentes de gestión de casos a ese cliente dentro del mes facturado: los servicios proporcionados deben estar documentados en la base de datos del DOH y deben coincidir con el mes facturado.

El Título XIX permite el reembolso de los servicios de supervisión de hasta tres meses consecutivos.

Servicios facturables

(Consulte también el [capítulo 182-539-0300 del WAC](#) [solo en inglés]).

La HCA les paga a los proveedores de gestión de casos de VIH/SIDA por los siguientes servicios (las definiciones de los servicios se encuentran en la sección “Gestión de casos: estándares de atención” de este manual):

- Evaluación integral inicial de los clientes nuevos.

Título XIX: gestión de casos médicos

- Evaluación integral de un cliente cuyas necesidades cambiaron en un 50 % desde la evaluación inicial.
- Gestión de casos por mes completo, por cliente, por mes.
 - o Elaboración del plan de servicio individualizado para 20 o más días de ese mes.
- Gestión de casos por mes parcial, por cliente, por mes.
 - o Elaboración del plan de servicio individualizado para menos de 20 días de ese mes.
 - o Los pagos del mes parcial permiten el pago a dos subdestinatarios de gestión de casos cuando un cliente cambia de un proveedor a otro durante el mes.
- Supervisión.
 - o La supervisión es un servicio reservado para los clientes estables que ya no tienen necesidad de un ISP con elementos activos, pero que tienen antecedentes de necesidad recurrente y, probablemente, requerirán de gestión de casos activa en el futuro.
 - o Los subdestinatarios de gestión de casos pueden facturar hasta 90 días de supervisión después de que se haya completado el último elemento de servicio activo del ISP, si se cumplieron los siguientes criterios:
 - El subdestinatario documentó los antecedentes de necesidad recurrente del cliente.
 - El subdestinatario evaluó al cliente para determinar posibles inestabilidades futuras.
 - El subdestinatario se comunicó con el cliente mensualmente para supervisar su estado.
 - o Un cliente puede pasar de supervisión a gestión de casos activa si existe una necesidad documentada de reanudar dichos servicios.

Bonificación del estado

El DOH tiene contrato con la HCA para administrar el Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX. El DOH usa dinero del fondo general del estado para cumplir con la bonificación estatal de Medicaid por estos servicios. Este sistema permanecerá en vigor mientras el DOH tenga suficientes fondos generales del estado para cumplir con la bonificación de Medicaid.

Para recibir el pago de la HCA, los proveedores deben cumplir con lo siguiente:

- Tener un contrato firmado con la Autoridad Sanitaria (HCA) para proporcionales a los clientes elegibles gestión de casos médicos de VIH conforme al Título XIX.
- Seguir los estándares de gestión de casos de Washington.
- Cumplir con las instrucciones de facturación de la gestión de casos de VIH/SIDA conforme al Título XIX (Medicaid).
- Respetar el siguiente sistema para cumplir con la bonificación de Medicaid:
 - o Los proveedores le facturarán a la HCA por los servicios de gestión de casos conforme al Título XIX.
 - o La HCA les pagará a los proveedores los servicios prestados.
 - o La HCA le facturará al DOH la bonificación del estado.
 - o El DOH le pagará la bonificación del estado a la HCA.
 - o Los proveedores utilizarán el monto reembolsado por la HCA, que son ingresos del programa, para el programa de gestión de casos de VIH.
- Pedirles a los clientes que firmen un formulario de divulgación de información que le otorgue permiso al DOH para revisar las historias clínicas y los datos de los clientes para fines de gestión de calidad y evaluación del programa.

Guía de facturación de la gestión de casos de la HCA

Esta guía está disponible en www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/HIV-bi-20190101.pdf (solo en inglés).

Estándares de los servicios médicos básicos y de apoyo para PLWH

Servicios médicos básicos del RWHAP

- Tratamientos del Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA
- Asistencia farmacológica para el SIDA
- Servicios de Intervención Temprana (EIS)
- Prima del seguro médico y asistencia con los costos compartidos para las personas de bajos ingresos
- Gestión de casos médicos
- Terapia médica de nutrición
- Servicios de salud mental
- Atención para la salud bucal
- Servicios de atención médica ambulatoria
- Atención ambulatoria por abuso de sustancias

Servicios de apoyo del RWHAP

- Asistencia financiera de emergencia
- Banco de alimentos/comidas entregadas a domicilio
- Educación en salud/reducción de riesgos
- Vivienda
- Servicios legales
- Servicios lingüísticos
- Transporte médico
- Servicios de gestión de casos no médicos
- Servicios de difusión

Los estándares de servicio describen los elementos y las expectativas que un proveedor de HCS debe seguir a la hora de implementar una categoría de servicios específica. El objetivo de los estándares es garantizar que todos los proveedores de servicios ofrezcan los mismos componentes fundamentales de la categoría de servicios determinada en todo el estado de Washington.

Los estándares proporcionan una orientación para la prestación de servicios para el VIH. Brindan un marco para evaluar los servicios y definir la responsabilidad de los proveedores de HCS frente al público y al cliente. Los estándares de atención son requisitos mínimos que los programas deben cumplir cuando proporcionan HCS.

Los estándares siguen el formato que se describe a continuación. Revise la descripción y consulte esta sección si tiene preguntas mientras los lee.

Definición de la categoría de servicio: cada categoría de servicio tiene una breve descripción sobre lo que es.

Características del cliente: cada categoría de servicio tiene una definición de los clientes elegibles para los servicios.

Unidad de servicio: cada categoría de servicio tiene una definición de “unidad de servicio”.

Estrategias: cada categoría de servicio tiene una lista de las estrategias necesarias para cumplir con los materiales del contrato que deben entregarse.

Estándares de los servicios médicos básicos y de apoyo para PLWH

Componentes y actividades clave de los servicios: cada categoría de servicio cuenta con una lista con viñetas de componentes y actividades clave de los servicios.

Datos: cada categoría de servicio tiene una lista de los elementos requeridos.

Estándares: cada estándar se desglosa en “componentes y actividades clave de los servicios” prestados, los cuales se describen en formato de tabla. El formato de la tabla incluye el estándar y la documentación. La tabla a continuación muestra el formato. El estándar puede estar acompañado por una descripción de detalles adicionales.

Los estándares establecen los requisitos mínimos que los programas deben seguir. Los proveedores pueden superarlos.

Estándar	Documentación
Requisito mínimo que el DOH espera que cumplan los programas cuando proporcionan servicios.	La documentación adecuada requerida.

Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA (ADAP)

Programa de Intervención Temprana (EIP)

El EIP paga directamente por la cobertura de los medicamentos recetados, los cuidados médicos, la asistencia con el pago de la prima y los copagos del seguro y los servicios dentales y de salud mental. El Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Washington es parte del EIP.

A fin de ser elegible para el EIP, una persona debe cumplir con lo siguiente:

- Tener VIH.
- Vivir en el estado de Washington.
- Tener ingresos familiares del 425 % del Índice Federal de Pobreza (FPL, por su sigla en inglés) o menores. La familia incluye al cónyuge legalmente casado o la pareja de hecho y a los hijos dependientes de 18 años o menos.

El EIP proporciona servicios para todo el estado de Washington. Los servicios cubiertos por este programa incluyen lo siguiente:

1. Cobertura de los medicamentos recetados
 - a. El EIP cuenta con un formulario para tratar el VIH y muchas afecciones relacionadas.
 - b. El EIP paga los costos del copago de los seguros para los medicamentos que se encuentran en el formulario.
 - c. El EIP paga el costo completo de los medicamentos para el VIH del formulario del ADAP en el caso de las PLWH que no tienen seguro.
 - d. El EIP cuenta con un formulario abierto para las PLWH que no tienen seguro. Si el medicamento se encuentra en el formulario del seguro principal, el EIP cubrirá el copago.
 - e. El cliente debe usar una farmacia que tenga contrato con el EIP.
2. Cuidados médicos
 - a. El EIP paga las visitas al consultorio relacionadas con el VIH y las pruebas de laboratorio que se encuentran en la lista de servicios médicos cubiertos.
 - b. Para recibir asistencia, los clientes elegibles deben acudir a un proveedor de salud que tenga contrato con el EIP.
3. Asistencia con el pago de las primas del seguro
 - a. El EIP ayuda a los clientes con el seguro médico y puede pagar las primas de algunos planes.
 - b. Para inscribirse, los clientes deben enviarle una solicitud al EIP. El EIP trabaja directamente con el administrador de beneficios del seguro para inscribir a los clientes en la asistencia con las primas.
 - c. El EIP paga los siguientes planes:
 - i) Planes Medicare Parte D y Medicare Advantage (MAPD).
 - ii) Cuidado de salud para trabajadores con discapacidades (HWD, por su sigla en inglés).
 - iii) Seguro patrocinado por el empleador.
 - iv) Planes de salud calificados en el Mercado de Seguros Médicos.
 - v) Planes individuales.
4. Copago, coseguro y deducibles del seguro
 - a. El EIP ayuda a los clientes elegibles con los copagos, el coseguro y los deducibles del seguro médico.
 - b. Para recibir asistencia con el copago, el coseguro y el deducible, los clientes deben estar inscritos en el EIP.

ADAP y EIP

- c. El EIP paga los copagos y el coseguro de las consultas médicas relacionadas con el VIH y las pruebas de laboratorio que se encuentran en la lista de servicios médicos cubiertos.
 - d. Para recibir asistencia, los clientes elegibles deben acudir a un proveedor de salud que tenga contrato con el EIP.
5. Servicios dentales
- a. El EIP paga los servicios dentales que se encuentran en su lista de servicios dentales cubiertos.
 - b. Para recibir cobertura, los clientes elegibles deben acudir a un proveedor que tenga contrato con el EIP para recibir servicios dentales cubiertos.
 - c. A partir de enero de 2021, hay un límite de \$3000 en los servicios dentales cubiertos.
6. Servicios de salud mental
- a. El EIP paga los servicios de salud mental.
 - b. Para recibir cobertura, los clientes elegibles deben acudir a un proveedor que tenga contrato con el EIP para recibir servicios de salud mental cubiertos.
7. Exenciones de los planes dental y de salud mental de Medicaid
- a. El EIP cubre los servicios dentales que no están tradicionalmente cubiertos para los clientes de Medicaid, lo cual les permite a los clientes usar la lista de servicios dentales cubiertos del EIP junto con los servicios para los cuales reúnen los requisitos a través de Medicaid.
 - b. El EIP proporcionará elegibilidad y cobertura para los servicios de salud mental si un cliente de Medicaid no puede acceder a un proveedor de atención médica a través de dicho seguro.
 - c. Una PLWH debe trabajar junto con un gerente de casos para enviar una exención de Medicaid junto con una solicitud de cobertura del EIP.
 - d. Para recibir cobertura, los clientes elegibles deben acudir a un proveedor que tenga contrato con el EIP a fin de recibir servicios dentales o de salud mental cubiertos.

Enlace a los servicios del EIP (solo en inglés):

- www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

Gestión de casos

Definición de la categoría de servicio

La gestión de casos es un servicio formal y profesional que vincula a los clientes que tienen afecciones crónicas y varias necesidades de servicios con un continuo de sistemas de salud y servicios sociales. La gestión de casos se esfuerza por garantizar que los clientes con necesidades complejas reciban servicios coordinados de manera oportuna, lo cual contribuye a su capacidad para funcionar independientemente. La gestión de casos evalúa las necesidades del cliente, su sistema de apoyo, incluida la familia y otras personas, y organiza, coordina, supervisa, evalúa y defiende un paquete de múltiples servicios para satisfacer las necesidades del cliente.

Los estándares estatales de Washington con respecto a la gestión de casos de VIH se aplican a los programas que proporcionan servicios del Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX, así como a la gestión de casos financiada por el DOH.

Metas y objetivos

El continuo de atención de VIH/SIDA es una red compleja de agencias de servicios médicos y sociales que puede ser bastante complicada. Los gerentes de casos desempeñan un rol fundamental a la hora de ayudar a los clientes a navegar a través de la red y acceder a la atención y los recursos relacionados con el VIH.

Los gerentes de casos ayudan a los clientes a superar los obstáculos, al tiempo que proporcionan servicios flexibles y receptivos a las necesidades médicas y sociales actuales del cliente. La gestión de casos refleja una filosofía que afirma el derecho a la privacidad, a la confidencialidad, al trato respetuoso, a la no discriminación, a la dignidad y a la autodeterminación del cliente.

El objetivo de la gestión de casos es ayudar a los clientes a obtener y mantener el acceso a los principales cuidados médicos y tratamientos. En el proceso de cumplir con este objetivo, los gerentes de casos deben evaluar y facilitar el progreso de cada cliente hacia la autonomía.

Los objetivos generales de la gestión de casos son los siguientes:

- Reunir información para evaluar y determinar las necesidades de cada cliente, así como las fortalezas y los desafíos relacionados.
- Desarrollar e implementar un plan de servicios para aprovechar esas fortalezas y superar esos desafíos.
- Proporcionar conexiones con un continuo de recursos y servicios destinado a ayudar al cliente a lograr y mantener la estabilidad en una gran variedad de ámbitos de la vida.
- Fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades para mejorar la confianza del cliente a la hora de enfrentar su enfermedad y lidiar con la gran cantidad de sistemas interconectados.
- Ayudar a los clientes a obtener y mantener el acceso a los cuidados médicos y tratamientos pertinentes, y a continuarlos.
- Promover la supresión viral con el fin de reducir la transmisión del VIH y maximizar la salud y el bienestar potenciales de los clientes a los cuales se les brindan servicios.

La gestión de casos promueve y apoya la autonomía, la autodeterminación y la autoeficacia. Como tal, el proceso de gestión de casos requiere del consentimiento y de la participación activa del cliente en la toma de decisiones, y apoya el derecho de un cliente a la privacidad, la confidencialidad, la autodeterminación, la dignidad, el respeto, la no discriminación, la atención compasiva y sin juzgamientos, un proveedor con conocimiento cultural y servicios de gestión de casos de calidad.

Gestión de casos

Servicios de apoyo

En el caso de los clientes que están recibiendo servicios de apoyo, como asistencia con el transporte, cupones de comida o ayuda con la vivienda, el proveedor debe seguir las pautas de documentación de elegibilidad conforme a esa categoría de servicio.

Características del cliente

PLWHA (por su sigla en inglés, personas que viven con VIH/SIDA) que viven en el estado de Washington y que pueden beneficiarse de apoyo, defensa, derivación a recursos o beneficios o conexión con estos, información y educación, desarrollo de habilidades o coordinación de los servicios para sus necesidades médicas o psicosociales.

Unidad de servicio

Una unidad de servicio para la gestión de casos es una visita presencial (en un consultorio o para recibir servicios comunitarios), un contacto no presencial (por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico o postal) o un contacto con alguien del entorno.

Estrategias

- Proporcionar servicios de gestión de casos para las PLWH en cumplimiento de los estándares de gestión de casos de VIH del estado de WA.
- Priorizar la participación y retención en la atención médica, la supresión viral y la estabilidad de la vivienda como indicadores reconocidos de resultados de salud positivos y calidad de vida.
- Utilizar un enfoque centrado en el cliente y basado en las fortalezas.
- Practicar la humildad cultural en todos los aspectos de la prestación de los servicios y de la atención.
- Hacer un seguimiento de las disparidades de salud para las poblaciones de interés dentro de su comunidad y abordarlas de manera deliberada según se relacionen con los servicios y resultados de gestión de casos.
- Incorporar de manera significativa los comentarios de los consumidores en el diseño, la implementación y la evaluación del programa.

Componentes y actividades clave del servicio

- Determinación de la elegibilidad
- Gestión de los registros
- Admisión de clientes
- Evaluación integral
- Plan de servicio individualizado
- Implementación del plan de servicio
- Cierre de casos por abandono de la atención
- Poblaciones especiales

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el departamento el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de la gestión de casos, incluido lo siguiente:

- cantidad de PLWH a las que se les brindan servicios por condado;
- servicios de gestión de casos proporcionados por fecha y tipo de servicio;
- valores de la carga viral y fechas por cliente;
- visitas de participación en la atención relacionada con el VIH por cliente;

Gestión de casos

- arreglo de vivienda por cliente.

Estándares para la gestión de los registros

Objetivo: los proveedores deben gestionar los registros adecuadamente para documentar la gestión del caso. La documentación son pruebas o declaraciones escritas de un encuentro de gestión de casos. Los registros de los clientes son documentos legales que deben almacenarse y transferirse de manera segura. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Estándar	Documentación
Los registros de gestión de casos deberán reflejar el cumplimiento de los estándares de atención de la gestión de casos. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	<ul style="list-style-type: none">• Los registros de gestión de casos incluyen lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">o fecha de la visita del cliente o del contacto con este;o motivo de la visita o del contacto;o actividades realizadas;o resultados;o plan de seguimiento;o documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad.• Utilizando el sistema de datos del DOH, el proveedor de HCS debe documentar los servicios de gestión de casos en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondiente.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Gestión de casos

Admisión de clientes

Objetivo: el objetivo del estándar de admisión de clientes es garantizar que el personal de gestión de casos recopile información básica del cliente, garantice el cumplimiento de las políticas y los procedimientos del subdestinatario e inscriba al cliente en los servicios de manera oportuna.

Admisión: actividades principales

Para cada posible cliente que solicite la gestión de casos o los servicios de gestión de casos de VIH conforme al Título XIX, el personal debe hacer lo siguiente:

- Comenzar el proceso de admisión dentro de las dos (2) semanas del contacto inicial (plazo determinado por la fecha en que el cliente solicita por primera vez los servicios de gestión de casos).
- Completar el proceso de admisión dentro de las dos (2) semanas de haberlo iniciado.
- Garantizar la comunicación oportuna con los clientes derivados por terceros.
- Compartir y garantizar el entendimiento de todas las políticas y los procedimientos relacionados con el cliente de manera oportuna.
- Recopilar suficiente información del cliente para garantizar la confiabilidad de la comunicación y el inicio de los servicios.

Actividad de admisión: derivaciones de terceros

Si otro proveedor deriva a un cliente (p. ej., otro proveedor de HCS que está ayudando con la transición de un cliente a un nuevo proveedor de HCS; una derivación de un proveedor de salud o de un subdestinatario de apoyo para la vivienda o de salud mental, etc.), el personal de gestión de casos debe hacer un seguimiento con el proveedor que deriva dentro de las 48 horas hábiles. El gerente de casos debe comunicarse con el cliente derivado cuando se requieran permisos correspondientes e información de contacto para establecer el interés del cliente en los servicios y programar una admisión dentro de las dos (2) semanas del contacto.

Consideraciones de poblaciones especiales para derivaciones de terceros

En el caso de determinadas derivaciones de terceros, cuando el cliente derivado esté experimentado un episodio de vulnerabilidad particularmente significativo, las mejores prácticas sugieren un nivel elevado de cuidado y atención en el proceso de participación.

El DOH menciona dos de esas derivaciones de terceros en este estándar: derivaciones de DIS (por su sigla en inglés, especialistas en intervención de enfermedades) y del Departamento de Correcciones (DOC).

Se recomienda firmemente que los proveedores de HCS prioricen las derivaciones de los DIS o el DOC y hagan todos los esfuerzos posibles por admitir a esos clientes lo antes posible, lo que incluye proporcionar citas en el mismo día si eso aumentaría la probabilidad de participación del cliente derivado.

El DOH recomienda un seguimiento cuidadoso y constante de los clientes derivados con los DIS y el DOC para mantener los factores de protección de los clientes la mayor cantidad de tiempo posible. Con este fin, el DOH recomienda obtener una autorización de intercambio de información entre los DIS y el DOC. La intención de estas recomendaciones es apoyar la participación y la retención de los clientes derivados en la gestión de casos, así como en los servicios vinculados a esta.

Actividad de admisión: políticas y procedimientos

Durante el proceso de admisión, el personal deberá hacer lo siguiente:

- Obtener consentimiento para los servicios de gestión de casos.
- Explicar la política de elegibilidad del subdestinatario.
- Explicar la política de confidencialidad del subdestinatario.
- Explicar la política de derechos y responsabilidades de los clientes del subdestinatario.
- Explicar la política de quejas del subdestinatario.
- Explicar la política de reevaluación de la elegibilidad del subdestinatario.
- Explicar la política de transición y alta del subdestinatario.
- Explicar la libertad del cliente de elegir un proveedor.
- Obtener las firmas del cliente en los formularios de ROI necesarios.

Los gerentes de casos o sus asistentes deben documentar que el cliente recibió una copia de todos los documentos anteriores, o que el personal le ofreció una copia de dichos documentos, y que los entendió. El cliente debe firmar y fechar este documento.

El proveedor de HCS debe ofrecer y explicar las políticas y los procedimientos dentro de los treinta (30) días de haber iniciado los servicios.

El formulario de ROI debe incluir disposiciones en las cuales se identifique al DOH (y a la HCA cuando corresponda, es decir, en el caso de los clientes que reciben servicios del Programa de Gestión de Casos de VIH conforme al Título XIX) como una de las entidades con las cuales puede compartirse información para los fines de supervisar y evaluar el programa, la calidad o el cumplimiento fiscal.

Actividad de admisión: información del cliente

Los gerentes de casos o sus asistentes deben usar el proceso de admisión para reunir información de contacto y demográfica básica, así como para identificar los problemas existentes. El formulario de admisión del cliente de la agencia debe incluir la siguiente información del cliente:

- nombre, dirección y teléfono;
- género, sexo al nacer, raza y etnia;
- método de comunicación preferido (p. ej., teléfono, correo electrónico o postal o mensaje de texto);
- método de comunicación permisible (p. ej., teléfono, correo electrónico o postal o mensaje de texto);
- información de contactos de emergencia;
- idioma de comunicación preferido.

El DOH proporciona una combinación de formularios de admisión y evaluación integral para que usen los subdestinatarios. Si los HCS usan un formulario alternativo para esto, debe estar aprobado por el DOH.

Si un cliente toma actualmente medicamentos de terapia antirretroviral (TAR), es fundamental evaluar sus necesidades de acceso a los medicamentos. Los gerentes de casos o sus asistentes deben priorizar la ayuda para que los clientes obtengan o mantengan el acceso a los medicamentos.

Gestión de casos

Estándares

Estándar	Documentación
<p>El proveedor de HCS deberá establecer la admisión dentro de las dos (2) semanas de que el cliente manifieste su interés en obtener servicios de dicho proveedor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe documentar la fecha del primer contacto por parte del cliente o con este. • El proveedor de HCS debe documentar la fecha de la cita de admisión.
<p>El proveedor de HCS deberá completar la admisión dentro de las dos (2) semanas de haberla iniciado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe documentar la fecha en que comenzó la admisión y la fecha en que se completó.
<p>El proveedor de HCS deberá comunicarse con el tercero que realizó la derivación y con el cliente derivado si cuenta con los permisos y la información de contacto adecuados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles de haber recibido la derivación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe documentar la fecha en la que recibió la derivación y la fecha en que tomó medidas sobre esta.
<p>El proveedor de HCS deberá compartir con todos los clientes las políticas y los procedimientos que se describen a continuación, así como explicárselos, dentro de los treinta (30) días de haber iniciado los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener consentimiento para los servicios de gestión de casos. • Explicar la política de elegibilidad del subdestinatario. • Explicar la política de confidencialidad del subdestinatario. • Explicar la política de derechos y responsabilidades de los clientes del subdestinatario. • Explicar la política de quejas del subdestinatario. • Explicar la política de reevaluación de la elegibilidad del subdestinatario. • Explicar la política de transición y alta del subdestinatario. • Explicar la libertad del cliente de elegir un proveedor. 	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe documentar que el cliente recibió y entendió todas las políticas y los procedimientos pertinentes. • La documentación debe incluir la fecha y la firma del cliente que certifiquen la recepción y el entendimiento de las políticas y los procedimientos. • La fecha de la certificación debe estar dentro de los treinta (30) días del inicio de los servicios.
<p>El proveedor de HCS deberá completar un formulario de divulgación de información con el cliente que incluya a todas las personas o entidades que el cliente aprueba para que el proveedor de HCS les comparta información para fines de planificación del tratamiento, coordinación de los servicios, progreso para alcanzar los objetivos identificados por el cliente, o bien, la resolución de estos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de ROI firmado y fechado en el expediente del cliente que incluya a todas las personas o entidades que el cliente aprueba para que el proveedor de HCS les comparta información para fines de planificación del tratamiento, de coordinación de los servicios, del progreso para alcanzar los objetivos identificados por el cliente, o bien, de la resolución de estos. • El formulario de ROI debe incluir disposiciones en las cuales se identifique al DOH (y a la HCA cuando corresponda) como una de las entidades con las cuales puede compartirse información para los fines de supervisar y evaluar el programa, la calidad o el cumplimiento fiscal.
<p>El proveedor de HCS deberá obtener permiso del DOH para usar cualquier documento que no sea la combinación de formularios de admisión y evaluación integral proporcionados por el DOH de Washington.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe documentar que el DOH aprobó el formulario de admisión alternativo.

Evaluación integral

Objetivo: garantizar que los gerentes de casos completen la evaluación integral de manera oportuna, completen las reevaluaciones a intervalos adecuados y regulares, y reúnan información de antecedentes y síntomas y estado general de la vida actuales para determinar las necesidades del cliente en todos los ámbitos.

Es fundamental recopilar información sobre el historial clínico del cliente, así como sus síntomas y estado actuales. Es importante reunir el historial clínico general e información actual, al igual que los datos específicos sobre el estado de su enfermedad por VIH y los antecedentes de enfermedades oportunistas. Evaluar la experiencia del cliente con respecto a la constancia de los medicamentos también es importante. Asimismo, los gerentes de casos deben evaluar los problemas de salud física que se producen simultáneamente, como tuberculosis, hepatitis o infecciones de transmisión sexual. Los gerentes de casos deben evaluar los antecedentes y las necesidades actuales del cliente en las siguientes áreas:

- Cuidados médicos primarios
- Atención para la salud bucal
- Servicios médicos de nutrición
- Constancia con los medicamentos
- Atención médica en el hogar
- Beneficios de programas de cobertura médica federal, como Medicare, Medicaid o los del Departamento de Asuntos de los Veteranos
- Servicios de acceso a los beneficios de salud para el VIH: Programa de Intervención Temprana (EIP) para el VIH, Programa de Seguro Médico Evergreen (EHIP)
- Servicios de salud mental
- Tratamiento para el abuso de sustancias
- Movilidad física o actividades de la vida diaria
- Vivienda
- Apoyo social o emocional
- Empleo o nuevo empleo
- Transporte médico
- Asuntos legales
 - o Relacionados con el VIH
 - o Problemas con la justicia
 - o Inmigración
- Servicios lingüísticos
- Conocimiento de la enfermedad por VIH
- Conocimiento de la prevención y transmisión del VIH y las ITS
- Consumo de tabaco
- Salud sexual y reproductiva
- Miembros del hogar o de la familia afectados
- Inseguridad alimenticia o programas de comidas

Las agencias de gestión de casos deben usar la evaluación integral del Departamento de Salud del Estado de Washington, a menos que el supervisor de Servicios para la Comunidad con VIH o el coordinador de gestión de casos del estado otorguen una exención. El Departamento de Salud del Estado de Washington trabajó extensivamente con los gerentes de casos de todo el estado de Washington para crear la evaluación integral. Esta satisface los requisitos establecidos en los estándares de gestión de casos, así como en la sección del WAC relativa

Gestión de casos

a la gestión de casos para personas que viven con VIH/SIDA ([capítulos 388-539-0300](#) y [0350 del WAC](#) [solo en inglés]).

El gerente de casos debe firmar y fechar la evaluación completada. Las agencias que usen historiales clínicos electrónicos pueden usar firmas electrónicas.

Cronograma de la evaluación integral

Los gerentes de casos deben iniciar y completar una evaluación integral dentro del siguiente plazo:

- La evaluación integral debe completarse dentro de los 30 días de haber realizado la admisión.
- Debe completarse una reevaluación integral si se produce un cambio significativo (más del 50 %) en la estabilidad o las actividades del ámbito de la vida general.

Estándares

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS debe trabajar en colaboración con el cliente y los terceros adecuados para llevar a cabo una evaluación confidencial de sus antecedentes en cuanto a la enfermedad por VIH, así como de sus necesidades inmediatas.	En el registro del cliente, debe documentarse un formulario de evaluación completo que cubra lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos médicos • Salud mental • Consumo de sustancias • Necesidades psicosociales • Comportamientos de riesgo de VIH • Alimentos • Vivienda • Seguro • Autoeficacia • Aspectos legales • Cumplimiento de los tratamientos • Empleo/aspectos financieros • Aspectos culturales/lingüísticos • Prevención/educación
El proveedor de HCS debe realizar una evaluación integral dentro de los treinta (30) días de haber completado la admisión.	Evaluación integral completada por el proveedor de HCS.
El personal de los HCS que complete la evaluación integral deberá firmar y fechar el documento.	El personal de los HCS debe firmar y fechar la evaluación integral.
El personal de los HCS debe realizar reevaluaciones integrales cada cinco (5) años.	El proveedor de HCS debe documentar la reevaluación integral completada a intervalos adecuados.
El personal de los HCS debe realizar las reevaluaciones integrales cuando se produce un 50 % de cambios en el ámbito de la vida general o en las actividades de todos los clientes.	El proveedor de HCS debe documentar cuando haya realizado la reevaluación integral.

Estándares para el plan de servicio individualizado (ISP)

El objetivo de estos estándares es garantizar que el personal de gestión de casos cree un ISP con las siguientes características:

- que esté centrado en el cliente y refleje sus opiniones;
- que pueda completarse de manera oportuna;
- que vincule el ISP con la evaluación integral;
- que incluya un plan de acción que cumpla con las necesidades y los objetivos del cliente.

Cronograma

El personal de gestión de casos debe hacer lo siguiente:

- completar y firmar el ISP dentro de las dos (2) semanas de haber completado la evaluación integral;
- reevaluar el ISP de los clientes cada seis (6) meses como mínimo.

ISP: actividades principales

Objetivos y medidas de acción

Luego de la evaluación integral, el personal de gestión de casos debe asistir al cliente para que desarrolle su ISP. El ISP es un conjunto de objetivos significativos para el cliente y pertinentes para alcanzar o mantener la supresión viral, la participación en el tratamiento médico y resultados de salud mejorados, en conjunto con actividades o medidas de acción destinadas a ayudar al cliente a alcanzar esos objetivos. El ISP pretende a ayudar a los clientes en el progreso hacia la maximización de la autogestión y la autosuficiencia.

Firmas y documentación

El ISP es un documento centrado en el cliente y propiedad de este. Como tal, tanto el personal de gestión de casos como el cliente deben aprobar el ISP inicial y todos los cambios posteriores que se le realicen. Para eso, el cliente y el personal de gestión de casos deben firmar y fechar el documento. Están permitidas las firmas electrónicas.

Conexión con la evaluación

El ISP debe incluir los objetivos y las actividades del servicio que se relacionan específicamente con las necesidades del cliente identificadas durante la evaluación integral inicial y las reevaluaciones posteriores.

Contenido del ISP.

Los gerentes de casos deben desarrollar un ISP que aborde lo siguiente:

- los objetivos del cliente para obtener mejores resultados de salud relacionados con el VIH;
- las necesidades del cliente y las brechas con respecto a los servicios y los obstáculos para acceder a los objetivos establecidos o alcanzarlos;
- las medidas de acción para abordar las necesidades o las brechas en los servicios y los obstáculos para el acceso, incluidas las derivaciones a servicios, beneficios o recursos de terceros;
- la persona responsable por las medidas de acción del IPS;
- un método para medir el éxito.

Reevaluación

Reevaluar a un cliente permite que el gerente de casos identifique nuevos problemas y necesidades y que evalúe las fortalezas y el progreso del cliente hacia la autosuficiencia. Los gerentes de casos usan esta información para actualizar el ISP y establecer objetivos nuevos. Los gerentes de casos deben realizar una reevaluación provisoria utilizando el ISP cada seis (6) meses para todos los clientes.

Estándares de gestión de casos

Estándares

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS debe desarrollar, usar y reevaluar el ISP junto con el cliente.	En la historia clínica del ISP del cliente, debe haber documentación que incluya lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• objetivos y medidas de acción iniciados por el cliente;• personas responsables y mediciones del éxito;• la fecha y la firma del cliente y del personal de los HCS.
El ISP debe conectarse con la evaluación integral.	En la historia clínica del cliente, debe haber documentación de los elementos del ISP que se conectan con la evaluación integral.
El proveedor de HCS deberá completar el ISP con el cliente dentro de las dos (2) semanas de haber completado la evaluación integral.	En la historia clínica, debe haber documentación del ISP que indique la fecha en que se realizó.
El proveedor de HCS debe actualizar el ISP según sea clínicamente adecuado o, como mínimo, cada seis (6) meses.	En la historia clínica del cliente, debe haber documentación sobre las actualizaciones del plan de servicios.

Implementación del plan de servicio

Objetivo: garantizar que los gerentes de casos completen notas de progreso de manera oportuna y precisa, coordinen la atención con los socios colaborativos y aseguren el logro y el mantenimiento de los resultados de salud deseados relacionados con el VIH. La implementación del plan de servicio es un proceso constante que garantiza que los servicios sean coherentes con el plan acordado, y que los clientes de gestión de casos estén avanzando en el acceso a los servicios para satisfacer sus necesidades y objetivos.

Registros de progreso

Los registros de progreso garantizan la disponibilidad de la información más actualizada en el expediente del cliente y proporcionan la documentación que demuestra que el gerente de casos siguió los procedimientos, las reglas y las normas adecuados y las pautas necesarias a la hora de proporcionar los servicios. Al documentar cada contacto con el cliente o en su nombre, los gerentes de casos pueden hacer un seguimiento de los servicios que el cliente recibió y a cuáles aún necesita acceder. El proveedor de HCS debe documentar en el registro de progreso el motivo de la interacción del gerente de casos con el cliente o en su nombre, y qué servicios se proporcionaron. Si facturan por el Título XIX, los gerentes de casos deben completar un registro de progreso dentro de cada ciclo de facturación, y dicho registro debe coincidir con el mes facturado.

A la hora de completar los registros de progreso, el personal de gestión de casos debe seguir estas pautas:

- Realizar la documentación cronológicamente.
- Ingresarla en la base de datos del DOH dentro de los cinco (5) días hábiles de la fecha del servicio.
- Incorporar los objetivos del ISP, así como las áreas de necesidad, las brechas y las barreras identificadas en la evaluación integral y abordadas en el ISP.
- Proporcionar los detalles pertinentes de la interacción que se está documentando:
 - o motivo de la interacción con el cliente;
 - o personas que participaron en la interacción;
 - o necesidades del cliente y acciones del gerente de casos (u otros) para abordarlas;
 - o plan de seguimiento.
- Asegurarse de que la documentación sea clara.
 - o Ortografía y gramática adecuadas.
 - o Redacción en tercera persona (p. ej., “el gerente de casos se reunió con el cliente y analizaron las opciones de cobertura de los medicamentos”).
 - o Cuando sea necesario, notas anexadas según corresponda.
- Ser objetivo en la documentación.
- Registrar todas las interacciones con el cliente y en su nombre.
- Completar, “firmar” y fechar la documentación dentro de los cinco (5) días hábiles del encuentro o de la visita con el cliente o en su nombre.
 - o Un registro de progreso firmado incluye, como mínimo, las iniciales y el título de la persona que creó la nota al final de cada una. Pueden incluirse las credenciales si se desea.
 - o Si está disponible la información de autoría, seleccione también el autor del registro de progreso correspondiente.

Estándares de gestión de casos

Mejores prácticas del registro de progreso

Los registros de progreso garantizan la disponibilidad de la información más actualizada en el expediente del cliente y proporcionan la documentación que demuestra que el gerente de casos siguió los procedimientos, las reglas y las normas adecuados y las pautas necesarias a la hora de proporcionar los servicios. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros. A menos que se hayan establecido estilos de documentación específicos del lugar de trabajo, los gerentes de casos deberán usar el modelo DDAP de Provide. DDAP es la sigla en inglés de “ámbito, datos, evaluación y plan”. A continuación, se describe la forma específica en que lo usan los gerentes de casos cuando ingresan un registro de progreso:

Ámbito

Identifique el ámbito o los ámbitos que se abordaron principalmente durante la interacción. Considere la conexión con el ISP siempre que sea posible. Puede considerar este aspecto como el lugar para identificar las “necesidades”. Ejemplos:

- **Sistema de apoyo:** alcanzar y mantener un sistema de apoyo adecuado.
- **Aspectos culturales o lingüísticos:** satisfacer las necesidades culturales o lingüísticas.
- **Aspectos médicos:** mantener la constancia del acceso y los cuidados médicos.
- **Cumplimiento de los tratamientos:** mantener la constancia con los medicamentos recetados.
- **Salud mental:** acceder a los servicios y apoyos para la salud mental según sea necesario.
- **Aspectos básicos:** utilizar los servicios según sea adecuado para satisfacer las necesidades básicas.
- **Ingresos:** tener acceso a un empleo y a servicios relacionados con los ingresos según sea necesario.
- **Vivienda:** mantener una vivienda estable y adecuada.
- **Transporte:** tener acceso a transporte para las necesidades relacionadas con el VIH.
- **Autoeficacia:** mantener y aumentar la autosuficiencia.
- **Prevención:** tener acceso a suministros y apoyo para la educación y prevención según sea necesario o se solicite.
- **Sustancias:** tener acceso a tratamientos por consumo de sustancias o apoyo para la recuperación según sea necesario.
- **Aspectos legales:** completar los documentos legales según sea necesario o se solicite.
- **Seguro:** mantener una cobertura de seguro constante.
- **Atención dental:** mantener la constancia del acceso y la atención dental.

Datos

Registre el contenido general o global de la interacción, incluidos los datos subjetivos y objetivos sobre el cliente. Límitese a lo que es pertinente. Use solo lenguaje adecuado y profesional; recuerde que nos basamos en las fortalezas. Mencione las intervenciones específicas.

Evaluación

Expresé su entendimiento de los problemas, la respuesta del cliente a las intervenciones hasta el momento y las barreras para el éxito actuales o posibles que se hayan identificado. Puede incluir observaciones de la presentación, así como una orientación sobre la persona, el lugar, el momento y la situación. También pueden incluirse las fortalezas y dificultades pertinentes a las metas y los objetivos que se están abordando.

Plan

Establezca los próximos pasos a dar e identifique a la parte responsable: derivaciones, coordinación de la atención, modificación del comportamiento, próxima cita, etc. Sea exhaustivo pero conciso. “Apoyo continuo” o “seguimiento según sea necesario” no son suficientes.

La documentación es tan importante como la prestación de los servicios. Proporciona una narración que puede apoyar el trabajo de un equipo de atención, al tiempo que brinda datos para apoyar la eficacia de los servicios.

Estándares de gestión de casos

Ejemplos de un registro de progreso adecuado:

D: seguro/EIP

D: el gerente de casos le dejó un mensaje al cliente para comunicarle que su EIP no vence hasta dentro de dos meses, el 31 de julio de 2019. El gerente de casos explicó que su renovación se realizaría normalmente a finales de junio o principios de julio.

A: n. a.

P: el gerente de casos le recomendó al cliente que llamara si tenía alguna pregunta. El gerente de casos hará un seguimiento con el cliente el (fecha) para programar la renovación del EIP.

JD, MCM

D: crisis del cliente

D: el cliente acudió al consultorio porque necesitaba ayuda con sus necesidades de salud mental. Buscó terapeutas con el cliente y le proporcionó la información de contacto de dichos terapeutas. Presentó una solicitud de EIP con el cliente y una exención de Medicaid.

A: el cónyuge del cliente lo dejó y el cliente apareció angustiado y llorando. Necesita a alguien con quien hablar. El cliente parecía entusiasmado de poder comenzar a ver a un terapeuta pronto.

P: el gerente de casos verificará el estado de la exención de Medicaid presentada para el EIP el (fecha) y se comunicará con el cliente para informarle cuando se haya aprobado. Hará un seguimiento con el cliente en ese momento para ver si necesita algún otro tipo de ayuda.

JD, MCM



Coordinación de los servicios

Un rol fundamental del gerente de casos es la coordinación de la comunicación y de los servicios dentro de una clínica, un subdestinatario o un sistema de atención. La coordinación de la atención incluye conferencias de casos, acceso a los registros de los clientes o el uso de la comunicación escrita para indicar la utilización de los servicios por parte de un cliente.

Los gerentes de casos deben garantizar la coordinación de los servicios:

- Identificando al personal y a los proveedores de servicios con los cuales el cliente podría trabajar.
- Actuando como mediador entre los clientes, cuidadores y otros proveedores de servicios para obtener y compartir información que apoye una atención y una prestación de servicios óptimas.
- Facilitando la programación de las citas, el transporte o la transferencia de información cuando un cliente no puede hacerlo por sí mismo.
- Asistiendo a los clientes para mejorar sus habilidades de navegación y comunicación, su conocimiento del sistema y su confianza para que puedan hacer lo siguiente de manera independiente:
 - o navegar el sistema de atención médica;
 - o comunicarse directamente con los proveedores;
 - o programar citas.
- Manteniendo el acceso a los servicios médicos y el pago de estos a través de la cobertura de atención médica.

Estándares de gestión de casos

Cumplimiento de los tratamientos

Estos son algunos de los objetivos más importantes de la gestión de casos que el gerente debe alcanzar:

- Coordinar y apoyar los tratamientos médicos, la participación y la retención del cliente en relación con el VIH.
- Proporcionar apoyo para el cumplimiento de la TAR.

Los gerentes de casos tienen la responsabilidad de proporcionar directa o indirectamente servicios de cumplimiento del tratamiento a los clientes que realizan TAR. Una evaluación de la educación y las necesidades de apoyo relativas al cumplimiento comienza tan pronto como el cliente ingresa en los servicios de gestión de casos y continúa durante el tiempo que recibe dichos servicios. El apoyo con el cumplimiento del tratamiento es un proceso constante que cambia conforme a los cambios en las necesidades, los objetivos y las afecciones médicas del cliente. El objetivo de cualquier intervención relativa al cumplimiento del tratamiento es proporcionar al cliente las habilidades, la información y el apoyo necesarios para seguir las recomendaciones de los profesionales de cuidado de salud basadas en pruebas que se acordaron mutuamente a fin de alcanzar una salud óptima.

Cierre del caso

Objetivo: garantizar que los gerentes de casos usen un proceso sistemático para realizar la transición de los clientes o darlos de alta de los servicios de gestión de casos, a fin de maximizar las oportunidades para preservar la continuidad de la atención.

Un proveedor de HCS puede cerrar un caso por cualquiera de los siguientes motivos:

- Transición a otro proveedor de HCS para obtener servicios de gestión de casos: se deben completar los pasos y el resumen de la transición.
- Violación de las políticas y los procedimientos del subdestinatario: se deben completar los pasos y el resumen del alta o los pasos y el resumen de la transición, según si se puede identificar un proveedor alternativo adecuado.
- Solicitud del cliente: se deben completar los pasos y el resumen del alta.
- Traslado fuera del estado sin transición: se deben completar los pasos y el resumen del alta.
- Muerte del cliente: se deben completar los pasos y el resumen del alta.
- Encarcelamiento a largo plazo: se deben completar los pasos y el resumen de la transición para las poblaciones especiales.
- Abandono de la atención: se deben completar los pasos y el resumen del abandono de la atención (consulte la sección “Estándar para el abandono de la atención”).

Pasos y resumen de la transición

La transición de los clientes sugiere la colaboración activa entre el cliente y el personal del proveedor de HCS. En estas circunstancias, el personal de gestión de casos debe trabajar con el cliente a fin de establecer los mejores próximos pasos para recibir la atención y el apoyo constantes que son necesarios para mantener y aprovechar el progreso alcanzado durante el tiempo que dicho cliente recibió servicios de gestión de casos con el proveedor de HCS actual. El proveedor de HCS debe obtener un formulario de ROI que le permita compartir la información fundamental para alcanzar la continuidad de la atención.

El proveedor de HCS debe documentar los motivos para la transición de un cliente dentro de los servicios de gestión de casos por medio de un resumen de la transición en el registro de progreso de la base de datos del DOH.

Un resumen de la transición debe incluir los siguientes elementos:

- La fecha del último contacto exitoso con el cliente.
- La fecha del último control de carga viral y el valor del cliente.
- La visita de cuidados médicos relacionados con el VIH más reciente.
- El motivo de la transición (cambio en el programa del proveedor de HCS, traslado, queja con respecto al subdestinatario, violación de las políticas y los procedimientos del subdestinatario con la identificación de un subdestinatario o programa adecuados al que se trasladará, u otro).
- El nombre y la información de contacto del subdestinatario (es decir, el que lo recibirá) o del programa al cual el cliente está realizando la transición.
- La fecha de la primera admisión o cita con el subdestinatario que lo recibirá o el programa.
- La confirmación de que existe un formulario de ROI vigente con respecto al subdestinatario que lo recibirá.
- La lista de los objetivos o las actividades del ISP pendientes al momento de la transición.

Si el cliente está realizando la transición debido a una queja con respecto al proveedor de HCS actual, dicho proveedor debe dirigirlo al proceso de quejas.

Estándares de gestión de casos

Si el cliente está realizando la transición a otra agencia de gestión de casos dentro del estado de Washington y cuenta con el formulario de ROI correspondiente, el gerente de casos debe derivar al cliente a la nueva agencia de gestión de casos en la base de datos del DOH. Para garantizar una transición colaborativa, el último gerente de casos que haya trabajado con el cliente debe intentar verificar que la nueva agencia de gestión de casos haya recibido la derivación y esté proporcionándole servicios de gestión de casos al cliente.

Debe producirse algún tipo de comunicación entre el proveedor de HCS y el cliente que está realizando la transición en la cual se articulen los métodos con menos impedimentos para reestablecer la atención en el futuro con dicho proveedor.

Pasos y resumen del alta

El alta de los clientes más allá de las consideraciones para las poblaciones especiales, incluida la encarcelación a largo plazo o el abandono de la atención, sugiere una colaboración activa entre el proveedor de HCS y el cliente. Cuando corresponda, el proveedor de HCS debe hacer todos los esfuerzos posibles por maximizar el bienestar y la continuidad de la atención del cliente.

Los gerentes de casos deben documentar los motivos para el alta de un cliente de los servicios de gestión de casos por medio de un resumen del alta en el registro de progreso de la base de datos del DOH.

Como mínimo, un resumen del alta debe incluir los siguientes elementos:

- La fecha del último contacto exitoso con el cliente.
- La fecha del último control de carga viral y el valor del cliente.
- El motivo del alta (p. ej., el cliente decidió no participar más en la gestión de casos, ya sea en su ubicación o luego de un traslado previsto; se produjo una violación de las políticas y los procedimientos del subdestinatario y no se identificó un subdestinatario adecuado que reciba al cliente; el cliente falleció u otro motivo).

Si el cliente no está de acuerdo con el motivo del alta, el proveedor de HCS debe dirigirlo al proceso de quejas de su subdestinatario.

Debe producirse algún tipo de comunicación entre el proveedor de HCS y el cliente que está realizando la transición en la cual se articulen los métodos con menos impedimentos para reestablecer la atención en el futuro con dicho proveedor.

Pasos y resumen de la transición para poblaciones especiales

En el caso de los clientes que sean encarcelados a largo plazo, los proveedores de HCS deben tener consideraciones especiales a la hora de garantizar la continuidad de la atención. La población que tiene problemas con la justicia es especialmente vulnerable a perder el acceso a los servicios, la atención y el tratamiento.

Como mínimo, el resumen de la transición para las poblaciones especiales debe incluir los siguientes elementos:

- La fecha del último contacto exitoso con el cliente.
- La fecha de comunicación con los servicios penitenciarios y el DOC, según corresponda.
- El nombre y la información de contacto del personal de los servicios penitenciarios o del DOC contactado.
- La fecha de liberación prevista, si está disponible.
- La confirmación de que los servicios penitenciarios cuentan con un plan orientado a los medicamentos.

Estándares de gestión de casos

Motivo del cierre	Tipo de servicio	Tipo de resumen	Estado de inscripción en la base de datos del DOH
Transición a otro proveedor o programa	Transición	Transición	Derivación/Alta
Violación de las políticas y los procedimientos del subdestinatario con transición	Transición	Transición	Retirado
Violación de las políticas y los procedimientos del subdestinatario sin transición	Alta	Alta	Retirado
Traslado sin transición	Alta	Alta	Reubicado
Muerte	Alta	Alta	Derivación/Alta
Encarcelamiento a largo plazo	Transición para poblaciones especiales	Transición para poblaciones especiales	Encarcelamiento
Sospecha de abandono de la atención, expediente abierto	Abandono de la atención	Alta	Derivación/Alta
Sospecha de abandono de la atención, expediente cerrado	Abandono de la atención	Abandono de la atención	Derivación/Alta

Estándares

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS deberá completar los pasos y el resumen de la transición o del alta con cada cliente cuyo expediente se cierre.	El proveedor de HCS debe documentar los pasos y el resumen de la transición o del alta en el expediente del cliente.
El proveedor deberá comunicar los métodos para reestablecer la atención en el futuro con el cliente.	El proveedor de HCS debe documentar que le informó al cliente cómo puede retomar los servicios de gestión de casos del proveedor de HCS en el futuro.

Estándares de gestión de casos

Abandono de la atención

Objetivo: el objetivo de este estándar es garantizar que los proveedores de HCS entiendan y sigan todos los caminos recomendados para retener o volver a atraer a los clientes a fin de que obtengan atención, así como establecer un proceso para esos fines que articule los pasos hacia la reanudación de la participación y para el cierre del caso.

A la hora de considerar a los clientes que no están participando en la atención, ya sea que la estén abandonando o que la hayan abandonado por completo, los proveedores de HCS deben implementar una respuesta escalonada. El DOH solicita que los proveedores de HCS comiencen con los esfuerzos de comunicación y reanudación de la participación el mes siguiente al primer mes que se haya identificado como “no exitoso” con respecto a la gestión de casos proactiva prevista. En el caso de los clientes que no tienen supresión viral o que se considerarían críticos de otra forma, esto sería el segundo mes que no se tenga contacto (es decir, si no hay contacto en marzo, los esfuerzos de comunicación y reanudación de la participación deben comenzar en abril). En el caso de los clientes que han mantenido la supresión viral o que de otra forma se considerarían de baja gravedad, esto sería el cuarto mes que no se tenga contacto exitoso (es decir, si no hubo contacto en enero, febrero y marzo, los esfuerzos de comunicación y reanudación de la participación deben comenzar en abril).

Además de la supresión viral, deben considerarse las necesidades insatisfechas del cliente y otras barreras para participar en la atención a la hora de determinar la gravedad. Estas necesidades insatisfechas o barreras deben identificarse cuando se completa la evaluación integral. Entre los ejemplos, se incluyen los clientes que tienen supresión viral, pero no tienen una vivienda estable, o los clientes con supresión viral cuyo diagnóstico de VIH es reciente. Si bien el cliente tiene supresión viral, hay vulnerabilidades en otras áreas de su vida que podrían afectar su capacidad para mantener la supresión y la gestión médica. En todos los casos, se aconsejan los enfoques centrados en el cliente.

Consulte el diagrama de flujo del [Anexo B](#) que describe el proceso de comunicación. El DOH solicita que los intentos de comunicación y reanudación de la participación agoten todos los métodos de contacto permisibles. Esto incluye el teléfono, el correo electrónico y postal, los mensajes de texto y la comunicación en persona. También se debe incluir la comunicación con los contactos de emergencia y los profesionales en colaboración, como los proveedores de salud, las farmacias y los programas de vivienda, entre otros, cuando sea permisible. Todos los intentos de contacto exitosos y no exitosos deben documentarse en una nota en la base de datos de Provide. Los gerentes de casos deben comunicarse con el coordinador de gestión de casos de VIH del DOH si tienen dudas sobre cómo proceder, o si la situación de un cliente no está debidamente representada en el diagrama de flujo.

En el caso de los clientes que parecen haber abandonado la atención o quedado fuera de esta, el DOH solicita que los proveedores de HCS le alerten sobre la posibilidad de que un cliente haya abandonado la atención después de haber realizado todos los intentos razonables por medio de todos los métodos permisibles según el formulario de ROI para comunicarse con el cliente y reanudar su participación. Para eso, el proveedor puede comunicarse con el coordinador de casos de VIH del DOH a través de un mensaje seguro en Provide. El coordinador de gestión de casos de VIH determinará si se reúnen los criterios para derivarle el asunto al coordinador de Data-to-Care (estrategia de uso de datos de los pacientes para identificar a los que necesitan atención) del DOH. El coordinador de Data-to-Care buscará información para localizar al cliente en todas las fuentes disponibles a fin de determinar si continúa viviendo en Washington, se mudó a otra jurisdicción dentro del estado o se mudó fuera de este. También buscará resultados de laboratorio recientes u otras pruebas de que el cliente continúa recibiendo atención o gestión de casos en otro lugar. Las actualizaciones sobre el cliente se comunicarán al gerente de casos. Si el coordinador de Data-to-Care no puede encontrar información adicional ni determinar si el cliente está recibiendo atención, su caso se derivará al DOH para que continúe la investigación. Si el personal de gestión de casos sospecha que un cliente se ha mudado o no tiene éxito en los intentos de comunicarse con él a través de la información de contacto registrada, debe notificarle al coordinador de Data-to-Care del DOH a la brevedad para ayudar a buscar nueva información de su ubicación.

Estándares de gestión de casos

Si el coordinador de Data-to-Care no puede determinar si el cliente está recibiendo atención actualmente, su caso se derivará al DOH para que continúe la investigación. Si parece que el cliente no está recibiendo servicios, el DOH iniciará el proceso de investigación, y el equipo de trabajo dedicado al abandono de la atención desarrollará una estrategia en conjunto que adopte el mejor enfoque para reanudar la participación del cliente. Si el personal de gestión de casos no puede encontrar a una persona o se topa con obstáculos para localizar al cliente, puede comunicarse con el coordinador de Data-to-Care a principios del proceso para obtener la información de ubicación más reciente del cliente.

Mientras los clientes atraviesan este proceso de abandono de la atención, el DOH solicita que se mantenga su expediente “abierto y activo” dentro del sistema del proveedor de HCS. Los proveedores pueden continuar con sus propios intentos constantes de comunicación y reanudación de la participación utilizando los recursos que tengan disponibles. El DOH les solicita a los proveedores de HCS que informen cualquier avance.

Finalización del proceso de abandono de la atención: reanudación de la participación del cliente

Si el proceso de abandono de la atención lleva a la reanudación de la participación del cliente en la atención, el proveedor debe continuar proporcionando los servicios conforme a los estándares. El DOH recomienda una reevaluación del ISP.

Finalización del proceso de abandono de la atención: cliente no considerado “fuera de la atención”

Si el DOH completa el proceso de abandono de la atención y el cliente está participando en los cuidados médicos adecuados y tiene supresión viral, el proveedor de HCS debe enviarle una carta al cliente. En ella, debe informarle que cerrará su expediente. El proveedor de HCS debe ofrecer el método que presente menos impedimentos para que el cliente pueda retomar los servicios en el futuro. Además, debe completar un resumen de abandono de la atención en la base de datos de Provide. Para los clientes cuyo caso estuvo cerrado por menos de seis meses con un proveedor, el DOH no exige una nueva admisión o evaluación integral.

El proveedor de HCS debe completar un resumen del alta en el registro de progreso de la base de datos del DOH. Dicho resumen debe incluir lo siguiente:

- La fecha del último contacto exitoso con el cliente.
- La fecha del último control de carga viral y el valor del cliente.
- El motivo del alta (p. ej., abandono de la gestión del caso sin vulnerabilidades significativas conocidas).

Finalización del proceso de abandono de la atención: cliente considerado “fuera de la atención”

Si el proveedor de HCS y el DOH han completado los procesos de abandono de la atención sin éxito, el proveedor de HCS puede enviarle una carta al cliente para informarle que cerrará su expediente. En la carta, se debe ofrecer el método que presente menos impedimentos para que el cliente pueda retomar los servicios en el futuro. Además, debe completar un resumen de abandono de la atención. Para los clientes cuyo caso estuvo cerrado por menos de seis meses, el DOH no exige una nueva admisión o evaluación integral.

Estándares de gestión de casos

El proveedor de HCS debe completar una nota del caso con un resumen de abandono de la atención en la base de datos del DOH. Un resumen del proceso de abandono de la atención debe incluir los siguientes elementos:

- La fecha del último contacto exitoso con el cliente.
- La fecha del último control de carga viral y el valor del cliente.
- El motivo del alta (p. ej., abandono de la gestión del caso con vulnerabilidades conocidas).
- La fecha de comunicación con el DOH.
- La fecha de los comentarios finales del DOH.

Servicios de Intervención Temprana

Los Servicios de Intervención Temprana (EIS) apoyan la detección y el tratamiento tempranos del VIH para ayudar a prevenir o demorar la aparición de infecciones oportunistas y del SIDA.

Definición de la categoría de servicio

Los elementos de los EIS generalmente se superponen con otras descripciones de categorías de servicio. Sin embargo, los EIS son una combinación de dichos servicios, no un servicio independiente. Los EIS deben incluir los siguientes cuatro elementos:

1. Pruebas de VIH específicas para ayudar a los clientes que no saben que están infectados con el virus a que lo sepan. Esto los ayudará a recibir una derivación a los servicios de atención y tratamiento del VIH si se determina que son positivos.
 - Los proveedores de HCS deben coordinar los servicios de pruebas con otros servicios de prevención y pruebas de VIH para evitar que se superpongan los esfuerzos.
 - Las pruebas de VIH pagadas por los EIS no pueden reemplazar los esfuerzos de pruebas pagados por otras fuentes.
2. Servicios de derivación para mejorar los servicios de atención y tratamiento del VIH en los puntos clave de ingreso.
3. Acceso a los servicios de atención y tratamiento del VIH y conexión con dichos servicios, como servicios médicos ambulatorios, gestión de casos y atención por abuso de sustancias para personas con VIH.
4. Servicios de difusión y educación sanitaria y reducción de riesgos (HE/RR, por su sigla en inglés) relacionados con el diagnóstico de VIH.

Estos pueden ser algunos de los temas incluidos:

- Educación sobre estrategias de reducción de riesgos para reducir la transmisión, como la profilaxis previa a la exposición (PrEP, por su sigla en inglés) para las parejas de los clientes y el tratamiento como prevención.
- Educación sobre las opciones de cobertura de atención médica (p. ej., planes de salud calificados a través del Mercado de Seguros Médicos o cobertura de Medicaid o Medicare).
- Educación sobre salud.
- Educación sobre el cumplimiento de los tratamientos.
- Tratamiento como prevención (no detectable = no transmisible).

Los EIS tienen tres subcategorías: pruebas y asesoramiento relativos al VIH, conexión con la atención y retención en la atención. No todos los proveedores de conexión con la atención proporcionan pruebas y asesoramiento de VIH, y tampoco tienen la obligación de ofrecer conexión con la atención. Sin embargo, deben conectar de forma eficiente estos tipos de servicios si son proporcionados por agencias separadas. La prestación de servicios deberá cumplir con los estándares de atención y tratamiento del VIH en lo que respecta a las pruebas y el asesoramiento.

Las pruebas y asesoramiento de VIH (EIS – PAHR) son una intervención individualizada mediante la cual los clientes conocen su estado de seropositivo al VIH y, cuando dan positivo, reciben conexión con la atención, asesoramiento para la reducción de riesgos y derivaciones a servicios adicionales.

La conexión con la atención ayuda a las PLWH a acceder a los cuidados médicos adecuados y a otros servicios, según sea necesario. Esta ayuda continuará hasta que las PLWH se conecten efectivamente con la atención. Una conexión exitosa con los cuidados médicos es un proceso constante durante el cual los clientes aprenden a asimilar su diagnóstico. Esto los ayuda a entender lo siguiente:

Servicios de Intervención Temprana

- Cuáles son las implicaciones de un diagnóstico de VIH para ellos mismos y para los demás.
- Cómo elegir la atención y los servicios adecuados.
- Cómo comprometerse con un régimen que mejora su propia salud y protege la de los demás.

La *derivación* debe ser adecuada para la situación y las necesidades del cliente. El proceso de derivación debe incluir un seguimiento oportuno de todas las derivaciones para garantizar que la PLWH reciba efectivamente los servicios. Los proveedores deben considerar al subdestinatario de la derivación como parte del proceso de derivación. El proveedor de HCS debe asegurarse de que los clientes estén accediendo a las derivaciones y a los servicios necesarios, y deberá identificar y resolver cualquier barrera que los clientes puedan tener para seguir su plan de derivación.

Estándares

Elegibilidad

Objetivo: los proveedores de EIS deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los EIS son para las personas que no saben que tienen VIH o que son positivos y no reciben atención.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe tener documentación que demuestre que el cliente necesita Servicios de Intervención Temprana.
Para las personas que no saben que tienen VIH o que sí lo saben pero no reciben atención, la elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
Para las personas que no saben que tienen VIH o que sí lo saben pero no reciben atención, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington.
Para los clientes que tienen VIH y no están recibiendo atención, la elegibilidad para los servicios incluirá el estado de VIH positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Coordinación de los servicios

Objetivo: los proveedores deben concentrarse en expandir los puntos clave de ingreso a los HCS.

Estándar	Documentación
Los proveedores deberán proporcionar EIS en los puntos de ingreso clave documentados o en coordinación con estos.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe contar con un MOU (por su sigla en inglés, memorándum de entendimiento) firmado y fechado en el que se describan las responsabilidades y obligaciones de cada parte.
Los HCS deben complementar y no suplantar los fondos para pruebas existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.

Servicios de Intervención Temprana

Los EIS incluyen derivaciones a los servicios adecuados según el estado del VIH.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor de HCS debe documentar la cantidad de derivaciones a los servicios de atención médica y de apoyo basados en el estado del VIH de la persona.
Los EIS incluyen conexiones con los servicios adecuados según el estado del VIH.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor de HCS debe documentar la cantidad de conexiones con los servicios de atención médica y de apoyo basados en el estado del VIH de las personas.
Los EIS incluyen educación y capacitación en materia de salud para navegar el sistema de atención para el VIH.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor de HCS debe documentar las sesiones de capacitación y educación diseñadas para ayudar a las personas a navegar y entender el sistema de atención para el VIH.

Calificaciones del personal

Objetivo: el proveedor debe garantizar que las actividades y los métodos de prueba del VIH cumplan con los requisitos de los CDC y del estado.

Estándar	Documentación
El personal capacitado debe proporcionar servicios de EIS.	<ul style="list-style-type: none"> Los expedientes, los CV o las solicitudes de empleo del personal deben reflejar la experiencia o educación requerida.
El personal que realiza las actividades de prueba del VIH deberá operar en conformidad con las pautas locales, estatales y federales.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor de HCS debe documentar que las actividades y los métodos de prueba del VIH cumplen con los requisitos de los CDC y del estado.
El proveedor de HCS debe orientar las actividades de difusión a poblaciones de riesgo específicas.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos que aborden la forma en que el subdestinatario se comunicará con la población objetivo.

Gestión de los registros

Objetivo: documentar las pruebas de la prestación de los cuatro componentes de servicio requeridos que se enumeran en la tabla a continuación.

Estándar	Documentación
<p>El proveedor de HCS <u>debe</u> proporcionar o garantizar la conexión fluida de estos servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Asesoramiento y pruebas de VIH. Derivaciones a los servicios adecuados según el estado del VIH. Conexión con la atención. Educación y capacitación en salud para los clientes a fin de ayudarlos a navegar el sistema de atención para el VIH. 	El proveedor debe documentar la prestación de los cuatro componentes de los EIS requeridos, o bien, la conexión fluida con estos.

Servicios de Intervención Temprana

<p>El proveedor de HCS deberá informar la cantidad de pruebas y resultados positivos de VIH, así como el lugar en que se realizan dichas pruebas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor debe informar la cantidad de pruebas de VIH realizadas y la cantidad de positivos detectados. • El proveedor debe informar dónde se realizan las pruebas de VIH y la cantidad de pruebas realizadas.
<p>El proveedor de HCS debe hacer un seguimiento de las derivaciones a los servicios de atención médica y de apoyo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor debe informar las derivaciones a los servicios de atención médica y de apoyo basados en el estado del VIH de la persona. • El proveedor debe informar las derivaciones de los puntos de ingreso clave a los programas de EIS.
<p>El proveedor de HCS debe proporcionar sesiones de capacitación y educación diseñadas para ayudar a las personas a entender y navegar el sistema de atención para el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor debe documentar la cantidad de sesiones de capacitación y educación que ayudan a las personas a navegar y entender el sistema de atención para el VIH. • El proveedor debe informar la cantidad de sesiones de capacitación y educación diseñadas para ayudar a las personas VIH negativo a navegar y entender el sistema de atención para el VIH.
<p>Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor debe informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Asistencia financiera de emergencia

Asistencia financiera de emergencia

Definición de la categoría de servicio

La EFA (por su sigla en inglés, Asistencia Financiera de Emergencia) proporciona pagos limitados por única vez o a corto plazo para ayudar a los clientes del RWHAP (por su sigla en inglés, Programa Ryan White para el VIH/SIDA) de la HRSA con una necesidad urgente de artículos esenciales o servicios necesarios para mejorar los resultados de salud, incluidos los servicios públicos, la vivienda, los alimentos (entre ellos, los comestibles y los cupones de alimentos), el transporte, los medicamentos no cubiertos por un programa de asistencia con los medicamentos para el SIDA o por la ayuda farmacológica para el SIDA, u otro costo permisible del RWHAP de la HRSA necesario para mejorar los resultados de salud. La Asistencia Financiera de Emergencia debe realizarse como un pago directo a una agencia o a través de un programa de cupones.

Pautas para el programa:

Los fondos de la Asistencia Financiera de Emergencia que se usan para pagar los servicios del RWHAP de la HRSA permisibles de otra manera deben contabilizarse en la categoría de Asistencia Financiera de Emergencia. No se permiten los pagos directos en efectivo a los clientes.

La prestación continua de un servicio permisible a un cliente no debe financiarse a través de la Asistencia Financiera de Emergencia.

Características del cliente

PLWH que necesitan Asistencia Financiera de Emergencia a fin de mejorar o mantener los resultados de salud, incluida la supresión viral.

Unidad de servicio

Los proveedores deben documentar cada servicio proporcionado por medio de la Asistencia Financiera de Emergencia. Por ejemplo, una unidad de servicio equivale a lo siguiente:

- Un pago único del alquiler mensual.
- Un pago único de una factura de servicios públicos.
- Una tarjeta prepagada con un plan de minutos o datos para el teléfono celular.

Estrategias

- La Asistencia Financiera de Emergencia se estableció como un servicio por única vez a fin de garantizar que las PLWH puedan mantener los resultados saludables, incluidos la supresión viral y la estabilidad en la vivienda.
- El RWHAP debe continuar siendo el pagador de último recurso si no hay otros recursos disponibles.
- Los proveedores de HCS deben trabajar para desarrollar políticas a fin de determinar la elegibilidad de los clientes para la EFA.
- Incorporar de manera significativa los comentarios de los consumidores en el diseño, la implementación y la evaluación del programa.
- Las preguntas relacionadas con los gastos cubiertos permisibles pueden dirigirse al supervisor de Servicios para la Comunidad con VIH o el gerente contratado.

Actividades clave

- Elegibilidad
- Derivación
- Gestión de los registros

Asistencia financiera de emergencia

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las poblaciones y los resultados de la Asistencia Financiera de Emergencia, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben la EFA.

Estándar	Documentación
<p>Los registros de los HCS deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.</p> <p>El apoyo para la Asistencia Financiera de Emergencia (EFA) para los servicios esenciales, incluidos los servicios públicos, la vivienda, los alimentos (entre otros, comestibles, cupones de comida y cupones para alimentos) o los medicamentos deben ser proporcionados a los clientes con una frecuencia y durante períodos de tiempo limitados, a través de uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pagos a corto plazo a las agencias; • creación de programas de cupones. <p>Nota: No se permiten los pagos directos en efectivo a los clientes.</p>	<p>Los registros de los Servicios para la Comunidad con VIH incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. • Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. • Una copia del cheque o el cupón, si corresponde. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio.</p>

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

Definición de la categoría de servicio

La categoría de banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio consiste en la entrega de artículos alimenticios, comidas calientes o cupones de alimentos para comprar comida. Los suplementos nutricionales pueden incluirse en los gastos del banco de alimentos.

Esto también incluye la entrega de artículos no alimenticios esenciales, que se limitan a lo siguiente:

- productos de higiene personal;
- suministros de limpieza del hogar;
- sistemas de filtración o purificación en las comunidades en las cuales existen problemas con la seguridad del agua.

Características del cliente

Estos servicios son para las PLWH que no tienen acceso a los alimentos, por lo que tampoco pueden obtener cuidados médicos, continuar con dichos cuidados, cumplir con los tratamientos o lograr los resultados de salud esperados.

Unidad de servicio

Una unidad de servicio de la categoría banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio es un caso en el cual un cliente recibe alimentos, un cupón de alimentos u otros recursos permisibles conforme a esta categoría.

Estrategias

- El proveedor deberá distribuir bolsas de alimentos, cupones y artículos esenciales no alimenticios a las PLWH.
- El proveedor deberá considerar las barreras para la seguridad alimenticia relacionadas con la pobreza, la capacidad, los estigmas y las disparidades de salud, e intentará resolverlas a través de la asistencia con los alimentos u otros recursos disponibles.
- El proveedor debe documentar las necesidades relativas a la inseguridad alimenticia en el Plan de Servicio (ISP) del cliente.
- El proveedor debe explorar y crear estrategias para las resoluciones sostenibles a largo plazo.
- El proveedor debe usar el desembolso por alimentos o comidas como pagador de último recurso.

Componentes y actividades clave de los servicios

- Determinación de la elegibilidad
- Plan de servicio de banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio
- Seguridad alimenticia
- Voluntarios
- Gestión de los registros

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios de banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio.

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

- Los servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio proporcionados por tipo de servicio.

Estándares

Criterios de elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Se proporcionan servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio a las personas con VIH que necesitan ayuda con los servicios de alimentos a fin de reducir la inseguridad alimenticia y el hambre y mejorar los resultados en materia de salud.	El proveedor de HCS debe contar con la documentación de los clientes que necesitan ayuda con los servicios de alimentos a fin de reducir la inseguridad alimenticia y el hambre y mejorar los resultados en materia de salud.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
<p>La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington.</p> <p>En el caso de los servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (por su sigla en inglés, área de subvención en transición) (condados de King, Snohomish e Island).</p> <p>En el caso de los servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio financiados por el Ryan White del PHSKC (por su sigla en inglés, Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King), la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).</p>	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá la condición de que el cliente tenga VIH.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

<p>Los servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio se limitan a los tipos de necesidades que se detallan a continuación.</p> <p>ALIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos alimenticios • Suplementos nutricionales • Comidas preparadas • Un programa de cupones para comprar alimentos <p>Artículos NO ALIMENTICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos de higiene personal • Suministros de limpieza del hogar • Sistemas de filtración o purificación en las comunidades en las cuales existen problemas con la seguridad del agua 	<p>El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que la financiación se limitó a las categorías de uso permisibles.</p>
<p>El proveedor de HCS debe evaluar las necesidades y el estado de cada cliente que esté recibiendo servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio al menos una vez al año para asegurarse de que se estén cumpliendo los requisitos del servicio y el plan de cuidado.</p>	<p>El proveedor de HCS debe hacer un seguimiento de las evaluaciones del plan de servicio individualizado del cliente.</p>

Plan de servicio de banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

Objetivo: el proveedor debe evaluar las necesidades nutricionales y los métodos de acceso preferidos del cliente.

El plan de servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio puede ser un subcomponente del ISP de la gestión del caso del cliente.

Estándar	Documentación
<p>El proveedor de HCS debe trabajar en conjunto con el cliente para evaluar las necesidades nutricionales de este.</p>	<p>El proveedor debe contar la documentación de una evaluación que demuestre las necesidades de ayuda con los alimentos del cliente.</p>
<p>El proveedor de HCS debe ayudar a los clientes a desarrollar un plan a largo plazo que incluya lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objetivo; • resultados previstos; • medidas tomadas para alcanzar el objetivo; • personas responsables de ofrecer esas medidas; • fecha objetivo para completar cada medida; • resultados de cada medida. 	<p>El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que cada cliente tiene un plan de servicio individualizado que contiene los elementos requeridos.</p>
<p>El HCS debe reevaluar la necesidad de los clientes de recibir servicios de manera regular.</p>	<p>El proveedor debe hacer un seguimiento de las evaluaciones adicionales dentro de la evaluación integral, del plan de servicios o del plan de reevaluación de servicios.</p>
<p>El proveedor de HCS debe trabajar en conjunto con el cliente para maximizar su acceso a este servicio.</p>	<p>El proveedor debe contar con un cronograma escrito para la distribución de las comidas en el lugar y entregadas a domicilio.</p>

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

Seguridad alimenticia

Objetivo: el proveedor deberá cumplir con todas las normas de seguridad alimenticia federales, estatales y locales relativas a la salud pública para garantizar la salud y la seguridad de los clientes.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS deberá obtener una autorización o certificación adecuada para prestar servicios de banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio, según lo exijan las normas estatales o locales.	El proveedor de HCS debe tener documentación de cualquier autorización o certificación requerida.
El proveedor de HCS deberá cumplir con todas las normas de seguridad alimenticia federales, estatales y locales relativas a la salud pública.	El proveedor de HCS deberá mantener los registros de las inspecciones de manipulación o seguridad de los alimentos del departamento de salud local.

Banco de alimentos o comidas entregadas a domicilio

Voluntarios

Objetivo: los proveedores pueden usar voluntarios para expandir la capacidad del programa a fin de proporcionar servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio.

Estándar	Documentación
Los voluntarios deberán recibir la orientación, capacitación y supervisión adecuadas.	<p>El proveedor debe contar con un programa de orientación para voluntarios.</p> <p>Prueba de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del voluntario • Capacitaciones • Supervisión <p>Formulario firmado y fechado registrado en el que se describan las responsabilidades, las obligaciones y los deberes de cada voluntario.</p>

Gestión de los registros

Objetivo: los proveedores de servicio deben conectar a los clientes con el acceso a las necesidades nutricionales. Los proveedores deben documentar en la base de datos del DOH que el cliente recibió servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio. Los cupones deben almacenarse y transferirse de manera segura, con acceso limitado del personal.

Estándar	Documentación
Los registros de los servicios de bancos de alimentos o de comidas entregadas a domicilio deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	<p>Los registros de los servicios de banco de alimentos o de comidas entregadas a domicilio incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. • Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. • Una copia del cheque, del cupón o del código de barras único de seguimiento del cupón. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes y el monto en dólares.</p>
El proveedor de HCS deberá garantizar la seguridad de los cupones.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.
El proveedor de HCS debe hacer un seguimiento de los cupones.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Servicios de vivienda

Definición de la categoría de servicio

Los servicios de vivienda proporcionan asistencia limitada a corto plazo para apoyar las viviendas de emergencia, temporarias o de transición y subsidios relacionados para permitir que un cliente o una familia obtengan o mantengan los servicios de salud ambulatorios. El objetivo de los servicios de vivienda es apoyar a las PLWH con viviendas temporarias seguras y protegidas que les permitan a los clientes inscribirse en los cuidados médicos y mantener su participación en ellos al tiempo que desarrollan, junto con el gerente de casos, un plan de colocación en una vivienda a largo plazo.

Los servicios de vivienda no deben duplicarse y deben coordinarse con la asistencia proporcionada por el programa Oportunidades de Vivienda para las Personas con SIDA (HOPWA). La asistencia debe apoyar las opciones de vivienda que sea factible que el cliente mantenga más allá del apoyo proporcionado por la financiación de los HCS.

Los servicios de derivación relacionados con la vivienda incluyen la evaluación, la búsqueda, la colocación, la defensa y las tarifas asociadas con estos servicios.

- El proveedor debe contar con mecanismos que les permitan a los clientes recién identificados acceder a los servicios de vivienda.
- Si se solicita, el proveedor debe proporcionarle al DOH un plan individualizado de vivienda por escrito, coherente con cada cliente que reciba servicios de vivienda a corto plazo, de transición o de emergencia.
- El DOH usa la definición de vivienda de transición del HUD (por su sigla en inglés, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano), que la define como una vivienda de hasta 24 meses.
- Los servicios de vivienda no deben duplicarse y deben coordinarse con la asistencia proporcionada por el HOPWA.
- La asistencia debe apoyar las opciones de vivienda que sea factible que el cliente mantenga más allá del apoyo proporcionado por la financiación de los HCS.
- Los fondos de los servicios de vivienda no pueden pagarse directamente en efectivo a los clientes, y estos no pueden usar dichos fondos para el pago de hipotecas.
- Si un destinatario del RWHAP realiza un pago por única vez para la factura de los servicios públicos o la vivienda de un cliente, esto debe categorizarse como asistencia financiera de emergencia. Una evaluación de vivienda y un plan individualizado de vivienda no son necesarios para un pago de vivienda por única vez proporcionado a través de la asistencia financiera de emergencia.

Características del cliente

Este servicio es para las PLWH que están en una lista de espera para recibir asistencia con la vivienda o que se encuentran en una situación de vivienda inestable por la cual no pueden obtener cuidados médicos, continuar con dichos cuidados, cumplir con los tratamientos o lograr los resultados de salud esperados.

Unidad de servicio

- Cupones para plazas de hotel o motel proporcionados.
- Días que una persona ocupa una cama en una vivienda de transición.
- Plazas en un refugio de emergencia.
- Plazas en una vivienda de apoyo permanente.
- Costo total de la asistencia para los servicios públicos proporcionada.
- Costo total de la asistencia para las tarifas de solicitud proporcionada.

Servicios de vivienda

Estrategias

- El proveedor deberá proporcionar apoyo con la vivienda a las PLWH por medio de cupones de vivienda y estadías de hotel.
- El proveedor deberá considerar las barreras para la estabilidad en la vivienda relacionadas con la pobreza, la capacidad, la salud mental, el consumo de sustancias y los estigmas, y deberá proporcionar servicios para apoyar y abordar cualquiera de esos ámbitos de la vida relacionados, ya sea de forma directa o a través de derivaciones y conexiones.
- El proveedor deberá hacer un seguimiento de las disparidades de salud para las poblaciones de interés dentro de su comunidad y abordarlas de manera deliberada según se relacionen con los servicios y resultados de vivienda.
- La asistencia para la vivienda del Ryan White deberá ser el pagador de último recurso.

Componentes y actividades clave de los servicios

- Determinación de la elegibilidad
- Plan de vivienda
- Llenado de una solicitud de vivienda
- Desarrollo de un plan de colocación en una vivienda a largo plazo
- Supervisión de los gastos

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el departamento el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios de vivienda, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de vivienda o relacionados.
- Plazas de los servicios de vivienda proporcionadas por tipo de servicio.
- Costo total de la asistencia proporcionada para los servicios públicos, los depósitos o las tarifas de solicitud.

Estándares

Criterios de elegibilidad

Objetivo: los proveedores de los servicios de asistencia con la vivienda deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los proveedores proporcionan servicios de vivienda a las personas con VIH que los necesitan para reducir la inseguridad relativa a la vivienda y mejorar los resultados en materia de salud.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que el cliente necesita ayuda con los servicios de vivienda a fin de reducir la inseguridad relativa a la vivienda y mejorar los resultados en materia de salud.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington.	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.

Servicios de vivienda

<p>En el caso de los servicios de vivienda financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island).</p> <p>En el caso de los servicios de vivienda financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).</p>	
<p>La elegibilidad para los servicios incluirá el estado de VIH positivo del cliente.</p>	<p>El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.</p>
<p>Los servicios de vivienda se limitan a los tipos de necesidades que se detallan a continuación.</p> <p>ALQUILER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alquiler • Alquiler vencido • Alquiler del primer mes • Tarifas de solicitud de alquiler o investigación de antecedentes • Alquiler de terreno <p>SERVICIOS PÚBLICOS (necesidad constante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios esenciales (gas, electricidad, agua, propano) • Servicios públicos esenciales vencidos <p>HOTEL, MOTEL o REFUGIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupón para hotel, motel o refugio <p>OTRAS NECESIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios aprobados por el DOH de WA <p>NO ESTÁ PERMITIDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago único por los servicios públicos • Pago único por el alquiler • Pagos de hipoteca • Depósito reembolsable 	<p>El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que la financiación se limitó a las categorías de uso permisibles.</p>
<p>La elegibilidad para los servicios de vivienda debe incluir pruebas de alquiler o residencia.</p>	<p>El expediente del cliente debe incluir pruebas de alquiler o residencia.</p>

Plan de vivienda

Objetivo: la asistencia con la vivienda se limita a 24 meses. Para ayudar con la transición del cliente hacia su colocación en una vivienda a largo plazo, los proveedores deben trabajar con el cliente a fin de desarrollar un plan con dicho objetivo. Los proveedores deben supervisar el progreso del cliente a la hora de alcanzar las metas y los objetivos establecidos en el plan de colocación en una vivienda a largo plazo.

Servicios de vivienda

Estándar	Documentación
<p>Los servicios de vivienda deben limitarse al apoyo a corto plazo (menos de 24 meses) de las categorías de uso permisibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor de HCS deberá hacer un seguimiento del uso en la base de datos del DOH. • El proveedor debe contar con un sistema de seguimiento.
<p>El proveedor de HCS debe ayudar a los clientes a desarrollar un plan de colocación en una vivienda a largo plazo que incluya lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de las necesidades de servicio del cliente. • Establecimiento de objetivos a corto y largo plazo para la asistencia con la vivienda. • Establecimiento de objetivos para obtener un empleo o beneficios públicos para la planificación financiera. • Establecimiento de objetivos para obtener cuidados médicos o mantenerse en ellos. • Establecimiento de objetivos para abordar otros problemas identificados en la evaluación como barreras para una vivienda estable. • Objetivos y medidas de acción para cumplir con los objetivos a corto y largo plazo. • Cronograma de citas médicas y de servicios de apoyo a las que el cliente debe asistir para continuar recibiendo servicios de vivienda. • Recursos que se usarán para cumplir los objetivos del cliente. • Documentación de la participación del cliente en el proceso de planificación de la colocación en una vivienda a largo plazo. 	<p>El proveedor de HCS debe contar con un plan de colocación en una vivienda a largo plazo en el plan de servicio del cliente. Los planes de vivienda deben actualizarse todos los meses para reflejar los meses consecutivos de asistencia.</p>
<p>El proveedor de HCS debe completar una evaluación o reevaluación en el momento de la solicitud o renovación.</p> <p>Para la asistencia con el alquiler, el proveedor de HCS debe completar las renovaciones cada seis meses, como mínimo.</p> <p>Para la asistencia con el motel, hotel o refugio o con los servicios públicos, el proveedor de HCS debe completar las renovaciones todos los meses, como mínimo.</p>	<p>El proveedor debe hacer un seguimiento de las evaluaciones adicionales dentro de la evaluación integral, del plan de servicios o del plan de reevaluación de servicios.</p>

Servicios de vivienda

Llenado de la solicitud

Objetivo: todos los clientes que reciban asistencia con la vivienda deben contar con una solicitud completa en su expediente para cada pedido.

Estándar	Documentación
Los proveedores de HCS deberán completar una solicitud de asistencia con la vivienda a corto plazo para cada pedido de asistencia con la vivienda.	La solicitud debe estar completa y dentro del expediente del cliente.
Los proveedores de HCS deben recopilar todos los documentos de apoyo necesarios.	<p>Los documentos de apoyo requeridos deben estar presentes en el expediente del cliente junto con la solicitud de asistencia con la vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso del alquiler, el alquiler vencido, el alquiler del primer mes, el alquiler de un terreno o las tarifas de solicitud de alquiler o investigación de antecedentes: • Acuerdo o contrato de alquiler. • Cualquier formulario adicional que requiera su departamento financiero (p. ej., W-9). <p>En el caso de los servicios públicos vencidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factura de servicios públicos. • Cualquier formulario adicional que requiera su departamento financiero (p. ej., W-9). <p>En el caso de los cupones para hotel o motel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado que incluya los costos. • Cualquier formulario adicional que requiera su departamento financiero (p. ej., W-9).

Supervisión de los gastos

Objetivo: la asistencia con la vivienda exige la supervisión cuidadosa de los gastos para garantizar que haya fondos disponibles durante el año del programa. Los proveedores financiados deben poder hacer un seguimiento de la cantidad total de asistencia con la vivienda proporcionada.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS debe contar con un procedimiento para supervisar o administrar los gastos de la asistencia con la vivienda para garantizar que haya fondos disponibles durante el año del programa.	El proveedor de HCS debe contar con un sistema de seguimiento que compruebe los gastos.
Los proveedores de HCS no pueden hacerles pagos directamente a los clientes, a las familias ni a los miembros del hogar.	El proveedor de HCS debe generar y mantener documentación que garantice que les hicieron los pagos a los proveedores correspondientes.

Gestión de los registros

Objetivo: utilizando la base de datos del DOH, los proveedores de HCS deberán documentar los servicios de asistencia con la vivienda en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes.

Servicios de vivienda

Estándar	Documentación
<p>Los registros de asistencia con la vivienda deberán reflejar el cumplimiento de los estándares de dicho servicio descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.</p>	<p>Los registros de asistencia con la vivienda incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. • Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. • Una copia del cheque o el cupón. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios de asistencia con la vivienda en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes (que equivalen a plazas para todos los subsidios para alquileres, moteles u hoteles) y el monto en dólares.</p>
<p>Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.</p>	<p>El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.</p>

Servicios lingüísticos

Definición de la categoría de servicio

Los servicios lingüísticos son servicios de interpretación y traducción, tanto orales como escritos, para los clientes elegibles. Estos servicios son proporcionados por proveedores lingüísticamente calificados. Son un componente de la prestación de servicios para el VIH entre el proveedor de atención médica y el cliente. Las agencias usan servicios lingüísticos para facilitar la comunicación entre el proveedor y el cliente o para apoyar la prestación de los servicios elegibles.

Características del cliente

PLWH que necesitan servicios lingüísticos para facilitar la comunicación con proveedores de servicios médicos básicos y de apoyo.

Unidad de servicio

- Asistencia lingüística individual

Estrategias

El proveedor deberá ofrecer servicios de interpretación para las PLWH que reciban HCS.

Componentes y actividades clave de los servicios

- Elegibilidad
- Plan lingüístico
- Prestación de servicios lingüísticamente adecuados por parte de personal capacitado
- Coordinación del uso de voluntarios
- Gestión de los registros

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios lingüísticos, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios lingüísticos.
- Los idiomas en cuestión.
- Los tipos de servicios proporcionados.
 - Interpretación oral
 - Traducción escrita
 - Grupal o individual

Servicios lingüísticos

Estándares

Elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios lingüísticos deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los servicios lingüísticos se proporcionan a las personas con VIH que necesitan asistencia de traducción para obtener servicios médicos básicos o de apoyo.	El proveedor de HCS debe tener documentación que demuestre que el cliente necesita ayuda con los servicios de traducción a fin de obtener servicios médicos básicos o de apoyo.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios lingüísticos financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios lingüísticos financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá el estado de VIH positivo del cliente.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Plan lingüístico

Objetivo: el proveedor de HCS debe crear un plan de servicio individualizado que apoye la necesidad de servicios lingüísticos. El plan lingüístico puede ser un subcomponente del ISP de la gestión del caso del cliente.

Estándar	Documentación
Los proveedores de HCS deben desarrollar un plan de servicio individualizado para cada cliente al que le presten servicios.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que cada cliente tiene un plan de servicio individualizado que contiene los elementos requeridos.
El HCS debe reevaluar la necesidad de los clientes de recibir servicios de manera regular.	El proveedor debe hacer un seguimiento de las evaluaciones adicionales dentro de la evaluación integral, del plan de servicios o del plan de reevaluación de servicios.

Servicios lingüísticos

Prestación de servicios lingüísticamente adecuados por parte de personal capacitado

Objetivo: personas capacitadas y calificadas con una autorización estatal o local adecuada deben proporcionar servicios lingüísticos.

Estándar	Documentación
Los proveedores de servicios lingüísticos deben cumplir con los requisitos de capacitación y calificaciones conforme a la autorización estatal o local disponible.	Documentación que muestra que un intérprete o traductor tiene la capacitación adecuada y cuenta con una autorización estatal o local pertinente.

Voluntarios

Objetivo: los proveedores pueden usar voluntarios a fin de expandir la capacidad del programa para proporcionar servicios lingüísticos.

Estándar	Documentación
Los voluntarios deberán recibir la orientación, capacitación y supervisión adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor debe contar con un programa de orientación registrado. • Prueba de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitud del voluntario ○ Capacitaciones ○ Supervisión • Formulario firmado y fechado registrado en el que se describan las responsabilidades, las obligaciones y los deberes de cada voluntario.

Gestión de los registros

Objetivo: la documentación son pruebas o declaraciones escritas de que el cliente recibió los servicios lingüísticos.

Estándar	Documentación
Los registros de servicios lingüísticos deberán reflejar el cumplimiento de los estándares de dichos servicios descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	Los registros de los servicios lingüísticos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. • El tipo de proveedor que solicita y recibe el servicio. • El tipo de servicio proporcionado. • Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad.
Los registros deben contener un seguimiento de la asistencia.	Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios lingüísticos en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Transporte médico

Definición de la categoría de servicio

El transporte médico es la prestación de servicios de transporte que no son de emergencia y que les permiten a los clientes elegibles acceder a los servicios médicos básicos y de apoyo o mantenerse en ellos.

Las agencias pueden proporcionar transporte médico a través de lo siguiente:

- Contratos con los proveedores de servicios de transporte.
- Reembolso de millas (a través de un sistema que no sea en efectivo) que les permite a los clientes trasladarse a los servicios médicos o de otro tipo de apoyo necesarios, pero que en ningún caso debe superar las tasas establecidas por los programas federales (las Normas Federales de Viaje Conjunto proporcionan más orientación sobre este tema).
- Organización y uso de conductores voluntarios (a través de programas que se ocupen del seguro y otras cuestiones de responsabilidad).
- Sistema de cupones.

Los siguientes costos no se permiten:

- Los pagos directos o los reembolsos en efectivo a los clientes.
- Los gastos directos de mantenimiento (neumáticos, reparaciones, etc.) de un vehículo privado.
- Cualquier otro costo relacionado con un vehículo privado, como alquiler, pagos de un préstamo, seguro, licencia o tarifas de registro.

Características del cliente

PLWH que no tienen acceso a los servicios de transporte, lo que les impide obtener cuidados médicos, continuar con dichos cuidados, cumplir con los tratamientos o lograr los resultados de salud esperados.

Unidad de servicio

Una unidad de servicio de transporte médico es cuando un cliente recibe servicios de transporte, reembolso por millas o un cupón.

Estrategias

- El proveedor emitirá tarjetas de combustible, cupones para taxis y pases de autobús para las PLWH a fin de que puedan acceder a los servicios de apoyo y cuidados médicos.
- El proveedor deberá considerar las barreras para el transporte relacionadas con la pobreza, la capacidad, los estigmas y las disparidades de salud, e intentará resolverlas a través de la asistencia para el transporte médico u otros recursos disponibles. El proveedor deberá verificar la conexión de la PLWH con los servicios de atención y tratamiento del VIH.
- Las necesidades constantes de transporte médico deben incluirse en el plan de servicios del cliente.
- El proveedor debe explorar y crear estrategias para las resoluciones sostenibles a largo plazo.
- La asistencia para el transporte médico del Ryan White deberá ser el pagador de último recurso.

Componentes y actividades clave de los servicios

- Determinación de la elegibilidad
- Plan de transporte médico
- Distribución de cupones, fichas o pases
- Voluntarios
- Gestión de los registros

Transporte médico

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios de transporte médico, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de transporte médico.
- Los servicios de transporte médico proporcionados por tipo de servicio y costo.

Estándares

Criterios de elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios de transporte médico deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los servicios de transporte médico están destinados a las personas con VIH que necesitan ayuda con dichos servicios para acceder a los servicios médicos básicos y de apoyo o mantenerse en ellos.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que indique que el cliente necesita servicios de transporte médico para acceder a los servicios médicos básicos y de apoyo o mantenerse en ellos.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios de transporte médico financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios de transporte médico financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá el estado de VIH positivo del cliente.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.
Los servicios de transporte médico incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Contratos con los proveedores de servicios de transporte. • Reembolso de millas (a través de un sistema que no sea en efectivo) que no supere las tasas establecidas por los programas federales (las Normas Federales de Viaje Conjunto proporcionan más orientación sobre este tema). • Organización y uso de conductores voluntarios. • Sistemas de cupones o fichas (pases de autobús, fichas y tarjetas para combustible). 	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que la financiación se limitó a las categorías de uso permisibles.

Transporte médico

- Servicios de taxi facturados al proveedor a precio de costo.

Transporte médico

Plan de transporte médico

Objetivo: el proveedor de HCS debe elaborar un plan de servicio individualizado que apoye la necesidad de servicios de transporte médico. El plan de transporte médico puede formar parte del ISP del cliente.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS debe evaluar las necesidades y el estado de cada cliente que esté recibiendo servicios de transporte médico.	Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios de transporte médico en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes y el monto en dólares.
Los proveedores de HCS deben desarrollar un plan de servicio individualizado para cada cliente al que le presten servicios.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que cada cliente tiene un plan de servicio individualizado que contiene los elementos requeridos.
El HCS debe reevaluar la necesidad de los clientes de recibir servicios de manera regular.	El proveedor debe hacer un seguimiento de las evaluaciones adicionales dentro de la evaluación integral, del plan de servicios o del plan de reevaluación de servicios.

Distribución de cupones o pases

Objetivo: el proveedor deberá garantizar que existan procedimientos relacionados con el uso y la distribución de cupones, fichas, pases de autobús y pases de ferry.

Estándar	Documentación
Se debe contar con un sistema de contabilización de la compra y distribución de cupones, fichas o pases	El proveedor de HCS debe tener documentación de la compra y la distribución de cupones, fichas o pases.
El proveedor de HCS no debe proporcionarles servicios de transporte directos a los clientes que necesiten cuidados médicos de emergencia, y debe existir una política que aborde esto.	El proveedor debe contar con una política contra la prestación de servicios de transporte directos a los clientes que necesiten cuidados médicos de emergencia.

Transporte médico

Voluntarios

Objetivo: los proveedores pueden usar voluntarios a fin de expandir la capacidad del programa para proporcionar servicios de transporte médico.

Estándar	Documentación
Los voluntarios deberán recibir la orientación, capacitación y supervisión adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> El proveedor debe contar con un programa de orientación registrado. Prueba de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Solicitud del voluntario Capacitaciones Supervisión Formulario firmado y fechado registrado en el que se describan las responsabilidades, las obligaciones y los deberes de los voluntarios.

Gestión de los registros

Objetivo: utilizando la base de datos del DOH, los proveedores de HCS deberán documentar los servicios de asistencia con el transporte en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes. Los cupones deben almacenarse y transferirse de manera segura, con acceso limitado del personal. Los proveedores deberán guardar estos cupones bajo llave en un lugar seguro. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Estándar	Documentación
Los registros de los servicios de transporte deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	<p>Los registros del transporte médico incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> La fecha en que el cliente recibió asistencia. Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. Una copia del cheque o el cupón. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes y el monto en dólares.</p>
El proveedor de HCS deberá desarrollar una política para garantizar la seguridad de los cupones.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.
El proveedor de HCS debe hacer un seguimiento de los cupones.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.
El proveedor de HCS debe verificar que el cliente haya usado los servicios de transporte médico para acceder a servicios médicos o de apoyo.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Servicios de gestión de casos no médicos

Servicios de salud mental

Definición de la categoría de servicio

Los servicios de salud mental consisten en la prestación de servicios ambulatorios de examinación, evaluación, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento psicológicos y psiquiátricos ofrecidos a los consumidores que viven con VIH. El objetivo de los servicios de salud mental es proporcionarles a las PLWH la calidad de servicio más alta a través de proveedores capacitados y experimentados que cuenten con la autorización y las credenciales correspondientes.

Los proveedores de salud mental deben basar los servicios en un plan de tratamiento y proporcionar los servicios en un grupo o una sesión individual para pacientes ambulatorios. Un profesional de salud mental autorizado o certificado dentro del estado de Washington debe prestar dichos servicios. Por lo general, esos profesionales son psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales clínicos autorizados.

Características del cliente

Este servicio es para las PLWH que, a causa de su salud mental, no pueden obtener cuidados médicos, continuar con dichos cuidados, cumplir con los tratamientos o lograr los resultados de salud esperados.

Unidad de servicio

Los proveedores deben documentar cada unidad de servicio de salud mental. Por ejemplo, una unidad de servicio equivale a lo siguiente:

- una sesión de asesoramiento de salud mental individual;
- una sesión de asesoramiento de salud mental grupal.

Estrategias

- Utilizando el modelo de pago por servicio, el proveedor deberá proporcionar servicios de salud mental o conductual o de apoyo psiquiátrico para los clientes que no puedan acceder a dichos servicios por medio de otro pagador (EIP, Medicaid, Medicare o seguro).
- Se deberá proceder con humildad cultural a la hora de crear, implementar y proporcionar todos los servicios relacionados con el tratamiento de la salud mental o conductual para minimizar el estigma y optimizar la participación y el éxito de los consumidores.
- Se debe hacer un seguimiento de las disparidades de salud para las poblaciones de interés dentro de cada comunidad y abordarlas de manera deliberada según se relacionen con los servicios y resultados de abuso de sustancias.
- Incorporar de manera significativa los comentarios de los consumidores en el diseño, la implementación y la evaluación del programa.
- La asistencia para la salud mental del Ryan White debe ser el pagador de último recurso.

Componentes y actividades clave de los servicios

- Determinación de la elegibilidad
- Plan de salud mental
- Acceso al tratamiento
- Garantía de pagador de último recurso
- Acceso al tratamiento
- Coordinación y derivación
- Supervisión de los gastos
- Gestión de los registros

Servicios de gestión de casos no médicos

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios de salud mental, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben los servicios de salud mental.
- Los servicios de salud mental proporcionados por tipo de servicio.

Estándares

Criterios de elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios de salud mental deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los servicios de salud mental se limitan al tratamiento psicológico y psiquiátrico y a los servicios de asesoramiento para PLWH con un diagnóstico de enfermedad mental.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que la financiación se limitó a las categorías de uso permisibles.
Los servicios de salud mental son para las personas que viven con VIH y necesitan ayuda para enfrentar problemas emocionales y psicosociales que afectan los resultados de salud.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que el cliente necesita ayuda con problemas de salud mental para mejorar los resultados en materia de salud.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios de salud mental financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios de salud mental financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá la condición de que el cliente tenga VIH.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Servicios de gestión de casos no médicos

Plan de salud mental

Objetivo: el proveedor de HCS debe elaborar un plan de servicio individualizado que apoye la necesidad de servicios de salud mental. El plan de salud mental puede incluirse en el ISP del cliente.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS debe evaluar las necesidades y el estado de cada cliente que esté recibiendo servicios de salud mental.	El proveedor de HCS deberá hacer un seguimiento de las evaluaciones en la base de datos del DOH.
Los proveedores de HCS deben desarrollar un plan de servicio individualizado para cada cliente al que le presten servicios.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que cada cliente tiene un plan de servicio individualizado que contiene los elementos requeridos.
El HCS debe reevaluar la necesidad de los clientes de recibir servicios de manera regular.	El proveedor debe hacer un seguimiento de las evaluaciones adicionales dentro de la evaluación integral, del plan de servicios o del plan de reevaluación de servicios.

Acceso al tratamiento

Objetivo: el proveedor de servicios de salud mental deberá proporcionarles a los clientes la calidad de servicio más alta a través de miembros del personal capacitados y experimentados que cuenten con la autorización y las credenciales correspondientes.

Estándar	Documentación
Los clientes recibirán servicios de salud mental de los proveedores con la autorización y las credenciales correspondientes.	El proveedor de HCS debe contar con una copia de la autorización o el certificado de Washington de cada proveedor de servicios de salud mental que reciba pagos.
La PLWH deberá tener la posibilidad de acceder a los servicios de manera oportuna.	Las políticas y los procedimientos de servicios de salud mental del proveedor de HCS deben indicar cómo se gestionarán las necesidades de los clientes.

Coordinación y derivación

Objetivo: los proveedores de HCS que no proporcionen servicios de salud mental directamente deben facilitar de manera activa el proceso y garantizar que los clientes tengan acceso a la atención adecuada. El proceso de derivación debe incluir un seguimiento oportuno de todas las derivaciones para garantizar que los clientes reciban los servicios. El subdestinatario debe considerar los requisitos de elegibilidad de los proveedores de salud mental como parte del proceso de derivación.

Estándar	Documentación
Los proveedores de HCS que no proporcionen servicios de salud mental directamente <u>deben</u> brindar acceso a los servicios sistemáticamente.	El proveedor debe documentar los elementos de las conexiones de derivación en los registros de progreso y en el plan de cuidado.
Los proveedores de HCS deberán facilitar las derivaciones para obtener formularios de divulgación de información que permitan la comunicación de información sobre las	El formulario de divulgación de información firmado debe estar en el expediente del cliente.

Servicios de gestión de casos no médicos

necesidades del cliente y otra información importante al proveedor de salud mental.	
Los proveedores de HCS deberán identificar y ayudar a resolver cualquier barrera que los clientes puedan tener que impida el acceso a los servicios de salud mental.	El proveedor de HCS deberá documentar todas las barreras identificadas en el proceso de derivación y las medidas tomadas para resolverlas en el registro de progreso y en el plan de servicio.
El proveedor de HCS deberá asegurarse de que los clientes estén accediendo a las derivaciones y a los servicios y de que estén siguiendo su plan de derivación.	<p>El proveedor de HCS deberá documentar las actividades de seguimiento y los resultados en los registros de progreso, en el plan de servicio o a través de otros mecanismos de seguimiento.</p> <p>El proveedor de HCS deberá documentar la negación del cliente a continuar el tratamiento o aceptar la derivación en los registros de progreso de la base de datos del DOH.</p>

Gestión de los gastos

Objetivo: la asistencia con los servicios de salud mental exige la supervisión de los gastos para garantizar que haya fondos disponibles durante el año del programa. Los proveedores financiados deben poder hacer un seguimiento de la cantidad total de asistencia con los servicios de salud mental proporcionada.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS deberá utilizar y asignar los gastos de manera efectiva.	<p>El proveedor de HCS debe contar con un sistema de seguimiento y actualizarlo todos los meses, o bien, cuando se proporcionen o se paguen los servicios.</p> <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes.</p>
El proveedor de HCS debe verificar que el cliente no puede acceder a los servicios de salud mental a través de otros pagadores, como el Programa de Intervención Temprana, Medicaid o el seguro médico.	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados que establezcan que los fondos de los HCS se utilizan como pagador de último recurso.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Gestión de los registros

Objetivo: utilizando la base de datos del DOH, los proveedores de HCS deberán documentar los servicios de salud mental en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Servicios de gestión de casos no médicos

Estándar	Documentación
<p>Los registros de los servicios de salud mental deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Los registros de servicios de salud mental incluyen lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ La fecha en que el cliente recibió asistencia.○ Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad.○ Una copia del cheque o el cupón.• Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de Servicios para la Comunidad con VIH deberá documentar las unidades de servicio en el plan de servicio.

Gestión de casos no médicos

Definición de la categoría de servicio

Los servicios de gestión de casos no médicos (NMCM, por su sigla en inglés) consisten en una serie de actividades centradas en el cliente y orientadas a mejorar el acceso a los servicios médicos básicos y de apoyo necesarios, así como la retención de los clientes en dichos servicios. La NMCM proporciona coordinación, orientación y asistencia para acceder a los servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros, de empleo, vocacionales u otros tipos de servicios necesarios. Los servicios de NMCM también pueden incluir ayudar a los clientes elegibles a acceder a otros programas públicos y privados para los cuales podrían ser elegibles, como Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños, Medicare Parte D, los programas estatales de asistencia farmacéutica, los programas de asistencia para pacientes de los fabricantes farmacéuticos, los servicios financiados por el Departamento de Trabajo o de Educación, otros servicios estatales o locales de atención médica y apoyo o los planes de cobertura de atención médica privados. Los servicios de NMCM incluyen todos los tipos de encuentros de gestión de casos (p. ej., presenciales, de telesalud, telefónicos y cualquier otra forma de comunicación).

Actividades clave

- Evaluación inicial de las necesidades de servicio.
- Desarrollo de un plan de cuidado integral e individualizado.
- Acceso oportuno y coordinado a los niveles de servicios de salud y apoyo médicamente adecuados y a la atención constante.
- Defensa o revisión de la utilización de los servicios específicas del cliente.
- Supervisión constante del cliente para evaluar la eficacia del plan de cuidado.
- Reevaluación del plan de cuidado al menos cada seis meses con adaptaciones según sea necesario.
- Evaluación constante de las necesidades del cliente y de otros miembros clave de la familia, así como de sus sistemas de apoyo personales.

Pautas para el programa

El objetivo de los servicios de NMCM es proporcionar coordinación, orientación y asistencia a la hora de mejorar el acceso a los servicios médicos y de apoyo necesarios y la retención de los clientes en dichos servicios a fin de mitigar y eliminar las barreras para los servicios de atención del VIH, mientras que los servicios de gestión de casos médicos tienen como objetivo mejorar los resultados de la atención médica.

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y el tipo de los servicios de NMCM, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de NMCM.
- Los servicios de NMCM proporcionados por tipo de servicio.

Servicios de gestión de casos no médicos

Estándares

Estándar	Documentación
<p>Los registros de los HCS deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.</p> <p>El apoyo para los servicios de gestión de casos no médicos que proporcionan asesoramiento y asistencia a fin de que los clientes reciban servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y de otro tipo, puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Actividades de asesoramiento y derivación relativas a los beneficios o la cobertura médica federal para ayudar a los clientes elegibles a obtener acceso a programas públicos y privados para los cuales podrían ser elegibles.• Todos los tipos de encuentros y comunicaciones de gestión de casos (presenciales, contacto telefónico u otro).• Gestión de casos de transición para las personas encarceladas mientras se preparan para salir del sistema correccional. <p>Nota: No incluye la coordinación ni el seguimiento de los tratamientos médicos.</p>	<p>Los registros de los Servicios para la Comunidad con VIH incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• fecha del encuentro;• tipo de encuentro;• duración del encuentro;• actividades clave, incluidos los servicios de asesoramiento y derivación relativos a los beneficios o a la cobertura médica federal. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio.</p>

Servicios de difusión

Definición de la categoría de servicio

El objetivo principal de las actividades de difusión es dirigirse e identificar a las personas infectadas con el VIH que conocen su estado y no están recibiendo atención, no han regresado a los servicios de tratamiento o no están cumpliendo con los requisitos de estos. Las actividades de difusión ayudan a estas personas a tomar conciencia de la disponibilidad de los servicios relacionados con el VIH e inscribirse en la atención primaria, el Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA y los servicios de apoyo que podrían ayudarlos a continuar recibiendo atención. Las actividades amplias, como proporcionar folletos o pósteres, no califican como servicios de difusión. En última instancia, la difusión reducirá la cantidad de personas que viven con VIH y que no están accediendo al sistema de prestación de servicios.

Los proveedores no pueden proporcionar servicios de difusión de manera anónima, ya que el DOH requiere información de identificación personal para los informes del programa. El asesoramiento o las pruebas relativos al VIH no son un componente de la difusión.

Pautas para el programa

Los programas de difusión deben tener las siguientes características:

- Deben realizarse en momentos y lugares en los que haya una gran probabilidad de llegar a las personas infectadas con el VIH.
- Deben planificarse y proporcionarse en coordinación con los programas locales y estatales de difusión para la prevención del VIH a fin de evitar que se superpongan los esfuerzos y de abordar las categorías de necesidades de servicio específicas que se hayan identificado en el proceso de evaluación de necesidades.
- Deben dirigirse a las poblaciones que estén en riesgo de contraer el VIH según lo indiquen los datos epidemiológicos, la revisión de los datos de utilización de los servicios o los procesos de planificación estratégica locales.

El proveedor debe diseñar los servicios de difusión para lo siguiente:

- Establecer y mantener una asociación con las entidades que tienen contacto efectivo con las personas afectadas desproporcionadamente por el VIH o que tienen una diferencia desproporcionada en el acceso a la atención local, p. ej., las prisiones, los refugios para personas sin hogar, los centros de tratamiento por abuso de sustancias, etc.
- Dirigir a las personas a los Servicios de Intervención Temprana (EIS) o a la atención primaria (servicios de asesoramiento y pruebas, de diagnóstico y de asesoramiento clínico constante para la prevención relativos al VIH, con los proveedores de servicios médicos y de apoyo adecuados).
- Incluir trabajadores adecuadamente capacitados y experimentados para que comuniquen el mensaje de acceso a la atención cuando corresponda.
- Proporcionar mediciones de los resultados cuantificables (seguimiento y recopilación de datos), como la cantidad de personas alcanzadas o que no sabían que tenían VIH y ahora lo saben, o la cantidad de personas con VIH que no estaban recibiendo atención y ahora lo están.

Objetivo del servicio

El objetivo de los servicios de difusión es conectar a las personas con la atención que, en última instancia, dará como resultado la atención primaria constante y el aumento del cumplimiento de los regímenes de medicamentos. Las actividades amplias, como proporcionar folletos o pósteres, no califican como servicios de difusión. Los subdestinatarios tienen la flexibilidad para dirigirse e identificar a las personas infectadas con el VIH que podrían o no conocer su estado y no están recibiendo atención, no han regresado a los servicios de tratamiento o no están

Servicios de difusión

cumpliendo con los requisitos de estos. En última instancia, la difusión reducirá la cantidad de personas que viven con VIH y que no están accediendo al sistema de prestación de servicios.

Características del cliente

PLWH que no usan los servicios para el VIH disponibles, han abandonado la atención o están en riesgo de hacerlo, o saben que tienen VIH pero no están recibiendo atención.

Unidad de servicio

Los proveedores deben documentar cada unidad de servicio de difusión. Por ejemplo, una unidad de servicio equivale a lo siguiente:

- Un evento de difusión realizado para identificar a las personas que no están recibiendo atención o que no saben que tienen VIH.
- Derivaciones proporcionadas para conectar a un cliente con los cuidados médicos.

Estrategias

- Proporcionar servicios de difusión para identificar a los clientes que no están accediendo a los Servicios para la Comunidad con VIH.
- Priorizar a los clientes que saben que tienen VIH, pero no tienen supresión viral, y a los que no saben si tienen el virus.
- Identificar a los socios estratégicos y trabajar con ellos, como el coordinador de Data-to-Care y los especialistas en intervención de enfermedades del DOH y las organizaciones de servicios sociales cuyo alcance laboral, misión o clientela se superponen, las clínicas, los proveedores y las salas de emergencias locales.
- Se debe hacer un seguimiento de las disparidades de salud para las poblaciones de interés dentro de cada comunidad y abordarlas de manera deliberada según se relacionen con los servicios y resultados de difusión.
- La difusión debe realizarse en momentos y lugares en los que haya una gran probabilidad de que el proveedor de HCS llegue a las personas infectadas con el VIH.

Actividades clave

- Elegibilidad
- Identificación de clientes
- Aporte de información y educación
- Actividades de participación y retención
- Gestión de los registros
- Asesoramiento de pares

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y el tipo de los servicios de difusión, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de difusión.
- Los servicios de difusión proporcionados por tipo de servicio. **Estándares**

Elegibilidad

Los proveedores de servicios de difusión deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Servicios de difusión

Estándar	Documentación
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La determinación inicial de elegibilidad para la gestión de casos no incluye los ingresos.	El proveedor de HCS debe recopilar y documentar en la base de datos del DOH la información sobre el FPL del cliente dentro de los treinta (30) días de haber iniciado la admisión.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios de difusión financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios de difusión financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá la condición de que el cliente tenga VIH.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Identificación de clientes

Objetivo: este servicio debe identificar a las PLWH que no usan los servicios para el VIH disponibles, han abandonado la atención o están en riesgo de hacerlo, o saben que tienen VIH pero no están recibiendo atención.

Estándar	Documentación
En colaboración con los programas de difusión estatales y locales, el proveedor deberá identificar a los clientes que sepan que tienen VIH pero que no estén recibiendo atención.	Los planes y las estrategias de difusión deben demostrar un enfoque sistemático y basado en pruebas para la identificación de clientes.
El proveedor debe llevar a cabo sus esfuerzos de difusión en momentos y lugares en los que haya una gran probabilidad de llegar a las PLWH.	El proveedor de HCS debe documentar las conclusiones de las investigaciones.
El proveedor debe planificar y proporcionar programas de difusión en coordinación con los programas de difusión para la prevención del VIH estatales y locales.	El proveedor de HCS debe contar con un inventario de otros proveedores de difusión y un memorándum de entendimiento con proveedores de servicios médicos y de apoyo.

Aporte de información y educación

Objetivo: los proveedores de servicios de difusión deberán proporcionar a los clientes información clara y objetiva adecuada a sus necesidades.

Estándar	Documentación
La difusión debe incluir información y educación sobre el VIH y el sistema de prestación de servicios relativos a este.	Los materiales y protocolos de difusión escritos deben demostrar los componentes requeridos.

Servicios de difusión

La difusión debe incluir información y educación sobre cómo mantenerse dentro de la atención para el VIH y acceder a los servicios intensivos necesarios.

Los materiales y protocolos de difusión escritos deben demostrar los componentes requeridos.

Participación y retención

Objetivo: los programas de difusión deben desarrollar políticas y procedimientos de participación y retención para garantizar que el subdestinatario haga todos los esfuerzos razonables para atraer a la atención o retener en ella a los clientes que están en riesgo. Las actividades de participación y retención se concentran en los clientes que abandonaron la atención o que están en riesgo de abandonarla y en aquellos que saben que tienen VIH pero actualmente no están recibiendo atención.

Estándar	Documentación
Los proveedores de difusión deben asegurarse de hacer todos los esfuerzos posibles para atraer a la atención o retener en ella a los clientes que están en riesgo.	Las políticas y los procedimientos de participación y retención deben estar registrados.
Si el cliente abandonó la atención, los proveedores deberán completar un resumen de la transición y del cierre del caso.	Los resúmenes de la transición o del cierre del caso incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • La fecha de las actividades de participación o retención. • Los esfuerzos de participación o retención realizados. • Los motivos para la transición o el cierre del caso y los criterios para retomar los servicios.

Gestión de los registros

Objetivo: la documentación es prueba de que el cliente recibió los servicios de difusión. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Estándar	Documentación
Los registros de los servicios de difusión deberán reflejar el cumplimiento de los estándares. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	Los registros de los servicios de difusión incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS debe documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio cuando el cliente esté participando activamente.

Asesoramiento de pares

Objetivo: los servicios de asesoramiento de pares deben proporcionarles apoyo de pares intencional, fundamentado por los traumas y basado en las fortalezas a las personas que viven con VIH (PLWH). El asesoramiento de pares está basado en el campo del apoyo de pares. Esto significa que compartir la experiencia vivida o de vida se convierte en una herramienta de ejemplo y apoyo para el bienestar del cliente. Los asesores de pares pueden trabajar con sus pares clientes a nivel individual, grupal y comunitario. Deben trabajar para proporcionarles a los clientes servicios centrados en la persona y asegurarse de que se sientan apoyados y comprometidos y de que estén conectados con los servicios adecuados. Estos servicios pueden ser gestión de casos, cuidado de salud, compromiso con los medicamentos, vivienda, socios comunitarios, cuidado de salud mental o conductual, apoyos contra el consumo de sustancias o para la reducción del daño y otros sistemas. El asesoramiento de pares explora y desarrolla un enfoque justo y reafirmante para apoyar la voluntad, la autoeficacia y el empoderamiento del par cliente a la hora de guiar el trabajo.

Habilidades y conocimiento

Preferentemente, los pares asesores deben cumplir lo siguiente:

- tener VIH (o tener conocimiento de primera mano sobre la experiencia con el VIH);
- ser modelos a seguir en términos de la participación en el cuidado de salud y los medicamentos;
- ser parte de la comunidad y de las poblaciones con las que trabajan.

El asesoramiento de pares reconoce que las PLWH tienen habilidades y capacidades únicas con respecto a la experiencia de vivir con el VIH. Por lo general, los asesores de pares también consideran que están recuperándose de problemas de salud mental o conductual, abuso de sustancias y traumas. Esta combinación de experiencias demuestra que los asesores de pares son un recurso valioso con conocimiento y experiencia integrales en el campo del VIH.

Alcance del trabajo, metas y objetivos

El asesoramiento de pares refleja una filosofía que afirma el derecho del cliente a decidir, a la confidencialidad, al trato respetuoso y a la autodeterminación. Los asesores de pares buscan áreas comunes para crear una conexión con el cliente. Además, cuando es adecuado, usan conscientemente su experiencia vivida o de vida para apoyar esta relación. Este trabajo requiere que el asesor de pares demuestre vulnerabilidad, al tiempo que mantenga los límites profesionales y éticos. Los pares clientes colaboran con la determinación de los objetivos y la exploración de los apoyos necesarios para alcanzarlos, y participan activamente a la hora de responsabilizarse y tomar medidas. A través de esta experiencia, el par cliente trabaja para lograr la autorregulación, la confianza en sus propias capacidades y la “graduación” de los servicios de asesoramiento de pares.

El asesoramiento de pares se enfoca en brindarles apoyo a los clientes que enfrentan dificultades, como las siguientes:

- Haber recibido el diagnóstico recientemente.
- No tener supresión viral.
- No estar recibiendo atención o estar en riesgo de abandonarla.
- Estar lidiando con lo siguiente:
 - problemas de salud mental o conductual,
 - consumo de sustancias o recuperación del consumo,
 - estigma relacionado con el VIH,
 - aislamiento social.

Servicios de difusión

- Tener problemas con la justicia.
- Estar experimentando inestabilidad con la vivienda.
- Estar atravesando por una perturbación o un acontecimiento en la vida que afecta su autorregulación.

Este enfoque especial destaca la conexión con la participación en el cuidado de salud y los medicamentos para alcanzar la supresión de la carga viral o el mejor nivel de salud (reconociendo los diferentes determinantes sociales de la salud).

Estos son los objetivos del asesoramiento de pares:

- Fomentar el conocimiento y el desarrollo de habilidades a fin de aumentar la capacidad del cliente que tiene VIH para lidiar con la vida diaria y con los sistemas en los que participa.
- Proporcionar una conexión con los recursos y servicios orientados a apoyar la estabilidad del cliente.
- Ayudar al cliente a obtener y mantener el acceso a los cuidados médicos y tratamientos pertinentes, y a comprometerse con ellos.
- Dar el ejemplo y promover el cuidado de salud y la supresión viral con el fin de evitar la transmisión del VIH y maximizar la salud y el bienestar potenciales del cliente.
- Colaborar y ofrecer apoyo:
 - A los gerentes de casos:
 - a la hora de compartir información para evaluar las necesidades de los clientes y aprovechar sus fortalezas y capacidades;
 - para llevar adelante el Plan de Servicio Individualizado a fin de aprovechar esas fortalezas y superar sus desafíos.
 - A los gerentes de casos en asuntos de vivienda para apoyar la estabilidad en la vivienda del cliente.
 - A los proveedores de atención médica y de cuidado de salud mental y conductual.
 - A los programas de recuperación del consumo de sustancias.
 - A los programas de empleo.
 - A los proveedores de servicios para el VIH y a los agentes de libertad condicional o bajo palabra del Departamento de Correcciones.
 - Al Departamento de Servicios Sociales y de Salud o a la Administración del Seguro Social.

Cronograma para el asesoramiento de pares

El asesoramiento de pares es una intervención estructurada y con un plazo. Las necesidades del par cliente guían este tipo de intervención. Puede ser breve si dicho cliente solo necesita apoyo en una situación determinada. O bien, puede requerir más tiempo si el par cliente está experimentando perturbaciones en varias áreas de su vida y de sus actividades.

Si los servicios de asesoramiento de pares llegan al límite de seis meses, el par cliente y el gerente del caso deben reunirse para analizar el plan de asesoramiento. En esta reunión colaborativa, pueden identificar los objetivos, explorar los planes y apoyos necesarios para lograrlos y establecer un plazo estimado para el apoyo de asesoramiento de pares a fin de alcanzar los objetivos del par cliente. Si el par cliente continúa necesitando apoyo de pares adicional cuando el plazo se cumple, debe determinar junto con el gerente de casos un plan de acción para el futuro. El asesoramiento de pares apoya al cliente para que se conecte con sus fortalezas, habilidades, resiliencia, autodefensa y autonomía. Podría ser necesario reevaluar la necesidad de apoyo del par cliente si este continúa necesitando servicios de asesoramiento de pares después de 18 meses. En ese momento, deben ofrecerse otros servicios de apoyo, como de salud mental o conductual, de recuperación del consumo de sustancias u otro tipo de recursos comunitarios. También se espera un buen nivel de comunicación entre el par

Servicios de difusión

cliente y sus proveedores de atención médica. Podría haber situaciones en las que los servicios de asesoramiento de pares continúen siendo necesarios si no se cumplen esos puntos y el caso requiere apoyo constante, pero si los servicios deben continuar después de 18 meses, debe especificarse la necesidad, deben aclararse los límites de la relación y debe establecerse un plan para la finalización.

Es importante tener en cuenta que el cierre de una derivación para asesoramiento de pares es una decisión que se toma en conjunto entre el par cliente, el par asesor y el gerente de casos.

Prácticas profesionales para los pares asesores

Los pares asesores son profesionales a los cuales se les paga por apoyar a los pares clientes durante las horas de trabajo establecidas. Dado que con frecuencia los pares asesores son parte de las mismas comunidades que sus pares clientes, es fundamental mantener límites claros, saludables y profesionales entre ellos. Para mantener esos límites, los pares asesores:

- no deben usar las redes sociales, los teléfonos celulares ni los correos electrónicos personales cuando están trabajando con los pares clientes;
- no deben comunicarse con los pares clientes en persona, por teléfono ni por mensaje de texto fuera del horario de trabajo;
- no deben usar dinero ni recursos financieros personales para apoyar ninguna acción de un par cliente;
- no deben usar vehículos privados ni aplicaciones de transporte para brindar servicios a los pares clientes fuera del horario de trabajo.

Es posible que los pares asesores deban proporcionar servicios fuera del horario de trabajo en situaciones o acontecimientos extraordinarios. En esos casos, el par asesor deberá contar con documentación, habilitación y aprobación de los directivos.

La responsabilidad y la seguridad de los pares asesores y clientes requieren de apoyo y atención únicos. Es posible que los pares asesores vivan en la misma comunidad que los clientes. Por lo tanto, pueden presentarse situaciones sociales, ya sea en persona o en línea (aplicaciones de redes sociales, de citas o de encuentros sexuales). Esto puede ser difícil o desafiante y, a veces, puede colocar al par asesor o cliente en una situación que podría sobrepasar los límites profesionales y personales y, posiblemente, poner en riesgo a alguno de los dos. Cuando se produzcan situaciones de este tipo, el par asesor deberá informar el incidente al encargado de la gestión a fin de que lo evalúe y determine medidas para abordarlo. La transparencia es fundamental, al igual que lo es proteger a todas las personas involucradas.

Prácticas de documentación para los pares asesores

La documentación es prueba de que un par cliente recibió los servicios de difusión. Los registros de asesoramiento de pares deberán reflejar el cumplimiento de los estándares de atención de la gestión de casos. Los documentos deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros. Los pares asesores deberán usar el modelo DDAP (por su sigla en inglés, Dominio, Datos, Evaluación y Plan) de Provide a menos que se indique lo contrario. **La documentación es tan importante como la prestación de los servicios.** Proporciona una narración que puede respaldar el trabajo del equipo de atención del cliente, al tiempo que proporciona DATOS para apoyar la eficacia de los servicios de asesoramiento de pares.

Apoyo para el asesoramiento de pares del DOH de WA

El PNC (por su sigla en inglés, consultor de asesoramiento de pares) del DOH de WA proporciona asistencia técnica, apoyo y orientación. Las reuniones mensuales e individuales con el PNC les proporcionan a los pares asesores la oportunidad de realizar conferencias o reflexiones conjuntas sobre el caso, compartir desafíos y éxitos, y obtener apoyo en el trabajo. El PNC coordina la programación mensual del encuentro grupal de pares asesores para crear

Servicios de difusión

comunidad entre ellos, proporcionarles un espacio de conferencia o reflexión conjunta grupal sobre los casos y ofrecer talleres que apoyen el trabajo. El PNC también ofrece apoyo mensual para los encargados de los pares asesores en reuniones individuales de reflexión conjunta y acceso a los talleres mensuales para asesoramiento de pares.

Unidad de servicio

Una unidad de servicio para el asesoramiento de pares es una visita presencial (en un consultorio o para recibir servicios comunitarios), un contacto no presencial (por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico o postal) o un contacto con alguien del entorno.

Estrategias

- Proporcionar servicios de asesoramiento de pares para las PLWH en cumplimiento de los estándares de servicios para clientes con VIH del estado de WA, con el entendimiento de que la relación par-cliente no siempre refleja la del gerente de casos con el cliente.
- Priorizar la participación y retención en la atención médica, la supresión viral y la estabilidad de la vivienda como indicadores reconocidos de resultados de salud positivos y calidad de vida.

Asesoramiento de pares

Objetivo: proveedores de servicios de asesoramiento de pares.

Estándar	Documentación
Los registros de asesoramiento de pares deberán reflejar el cumplimiento de los estándares de atención de la gestión de casos. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	Los registros de asesoramiento de pares incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• fecha de la visita del cliente o del contacto con este;• motivo de la visita o del contacto;• actividades realizadas;• resultados;• plan de seguimiento. Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. Utilizando el sistema de datos del DOH, el proveedor de HCS debe documentar los servicios de asesoramiento de pares en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondiente.
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Apoyo psicosocial

Definición de la categoría de servicio

Los servicios de apoyo psicosocial proporcionan apoyo grupal o individual y asesoramiento que se enfocan en el empoderamiento, la autodefensa y la autogestión médica. Estos servicios ayudan a las personas elegibles que viven con VIH a abordar problemas de salud conductual y física. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:

- asesoramiento por duelo;
- asesoramiento para casos de abuso y negligencia infantil;
- grupos de apoyo para el VIH;
- asesoramiento en nutrición proporcionado por un dietista no registrado.

A través de interacciones individuales y en pequeños grupos, los servicios de apoyo psicosocial están orientados a la participación de los clientes en la atención médica y proporcionan oportunidades de educación, desarrollo de habilidades y apoyo emocional en un entorno respetuoso. Los proveedores no pueden usar los fondos para lo siguiente:

- actividades sociales o recreativas;
- membresía del gimnasio de los clientes.

Características del cliente

PLWH que necesitan apoyo adicional fuera de la gestión de casos a fin de desarrollar estrategias para una vida saludable.

Unidad de servicio

Los proveedores deben documentar cada unidad de servicio de apoyo psicosocial. Por ejemplo, una unidad de servicio equivale a lo siguiente:

- una sesión de asesoramiento por duelo, por maltrato infantil o de nutrición;
- un grupo de apoyo para el VIH.

Estrategias

El proveedor deberá proporcionar servicios de asesoramiento grupal para que las PLWH aborden sus inquietudes de salud, así como los factores relacionados con mejorar la calidad de vida de dichas personas.

Actividades clave

- Elegibilidad
- Grupos de apoyo
- Asesoramiento
- Derivación
- Gestión de los registros

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados del apoyo psicosocial individual o grupal, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que asisten a los grupos de apoyo para el VIH.
- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios de apoyo individuales.

Servicios de apoyo psicosocial

Estándares

Elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios de apoyo psicosocial deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
El apoyo psicosocial es para las personas que viven con VIH y que necesitan asistencia para empoderarse a fin de tener vidas más saludables.	El proveedor de HCS debe tener documentación que demuestre que el cliente necesita servicios de apoyo psicosocial.
La determinación inicial de elegibilidad para la gestión de casos no incluye los ingresos.	El proveedor de HCS debe recopilar y documentar en la base de datos del DOH la información sobre el FPL del cliente dentro de los treinta (30) días de haber iniciado la admisión.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios psicosociales financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios psicosociales financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.
La elegibilidad para los servicios incluirá la condición de que el cliente tenga VIH.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.

Grupos de apoyo psicosocial

Objetivo: los proveedores de servicios de apoyo psicosocial pueden formar grupos para las personas que viven con VIH. Los temas deben aplicarse a la población objetivo con un enfoque en el empoderamiento, la autodefensa y la autogestión médica.

Estándar	Documentación
Los proveedores de apoyo psicosocial deberán ofrecer grupos orientados a los clientes y médicamente precisos para ayudar a mejorar la calidad de vida de los participantes.	Los proveedores de apoyo psicosocial deberán mantener registros de los grupos, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • hojas de asistencia con fecha; • cantidad de pacientes atendidos; • nombre y cargo del facilitador del grupo; • ubicación del grupo; • copias de los manuales; • resumen de los temas hablados; • actividades realizadas; • metas y objetivos alcanzados durante la sesión grupal.

Servicios de apoyo psicosocial

Asesoramiento

Objetivo: los proveedores de servicios psicosociales pueden ofrecer asesoramiento por duelo, por maltrato o abandono infantil o de nutrición para ayudar a los clientes a abordar problemas de salud conductual y física.

Estándar	Documentación
Los proveedores de apoyo psicosocial deberán ofrecer asesoramiento orientado a los clientes y médicamente preciso para ayudar a mejorar la calidad de vida de los participantes.	Los proveedores de apoyo psicosocial deberán mantener registros de los clientes que incluyan lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• fecha;• temas generales hablados;• actividades realizadas;• metas y objetivos alcanzados durante las sesiones de asesoramiento.

Derivación

Objetivo: el apoyo psicosocial no debe abordar los problemas de salud conductual o de gestión de casos que sean altamente complejos. En esas situaciones, los proveedores deben hacer derivaciones a un servicio más adecuado. Las derivaciones deben ser adecuadas para la situación, el estilo de vida y las necesidades del cliente.

Estándar	Documentación
El proveedor deberá desarrollar recursos de derivación para que los servicios satisfagan las necesidades de sus clientes.	Las listas de derivación deberán estar disponibles para su inspección.
Los proveedores deberán demostrar una colaboración activa para proporcionar derivaciones al espectro completo de servicios.	El subdestinatario debe contar con un memorándum de entendimiento con los proveedores de servicios.
El cliente deberá recibir derivaciones a esos servicios fundamentales para alcanzar una salud y un bienestar óptimos.	El proveedor debe documentar todas las referencias dentro de los registros de progreso, los servicios y los planes de servicio.

Gestión de los registros

Objetivo: utilizando la base de datos del DOH, los proveedores de HCS deberán documentar los servicios de apoyo psicosocial en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Estándar	Documentación
Los registros de los servicios de apoyo psicosocial deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	Los registros de los servicios de apoyo psicosocial incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• La fecha en que el cliente recibió asistencia. Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio.

Servicios ambulatorios por abuso de sustancias

Definición de la categoría de servicio

Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias consisten en la prestación de servicios ambulatorios de la más alta calidad por parte de proveedores debidamente autorizados y calificados para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas o alcohol. Los servicios incluyen lo siguiente:

- examen de detección;
- evaluación;
- diagnóstico;
- tratamiento de trastorno por consumo de sustancias, incluido lo siguiente:
 - o programas de tratamiento previo o de preparación para la recuperación;
 - o reducción de los daños;
 - o asesoramiento de salud conductual relacionado con el trastorno por consumo de sustancias;
 - o tratamiento y asesoramiento ambulatorios sin medicamentos;
 - o terapia asistida por medicamentos;
 - o fármacos neuropsiquiátricos;
 - o prevención de recaídas.

Los proveedores de tratamientos para el abuso de sustancias basan sus servicios en un plan de tratamiento, que se realiza en una sesión ambulatoria grupal o individual y es proporcionado por un profesional de servicios ambulatorios para el abuso de sustancias certificado o autorizado para prestar dichos servicios dentro del estado de Washington. Los servicios proporcionados deben incluir un plan de tratamiento según el cual solo se realicen actividades permitidas y que incluya lo siguiente:

- la cantidad, la frecuencia y la modalidad del tratamiento proporcionado;
- la fecha en que el tratamiento empieza y termina;
- supervisión y evaluación regulares del progreso del cliente;
- firma de la persona que proporciona el servicio.

Características del cliente

PLWH diagnosticadas con problemas de abuso de sustancias que necesitan una derivación y tratamiento, incluidas citas de seguimiento o derivaciones a servicios de apoyo constante.

Unidad de servicio

Los proveedores deben documentar cada unidad de servicio ambulatorio por abuso de sustancias. Por ejemplo, una unidad de servicio equivale a lo siguiente:

- una sesión de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias;
- una sesión de asesoramiento grupal ambulatorio por abuso de sustancias;
- una evaluación del abuso de sustancias.

Estrategias

- Utilizando el modelo de pago por servicio, el proveedor deberá proporcionar servicios de tratamiento por abuso de sustancias para los clientes que no puedan acceder a dichos servicios por medio de otro pagador (EIP, Medicaid, Medicare o seguro).
- Se deberá proceder con humildad cultural a la hora de crear, implementar y proporcionar todos los servicios relacionados con el tratamiento por abuso de sustancias.

Servicios ambulatorios por abuso de sustancias

- Se debe hacer un seguimiento de las disparidades de salud para las poblaciones de interés dentro de cada comunidad y abordarlas de manera deliberada según se relacionen con los servicios y resultados de abuso de sustancias.
- Incorporar de manera significativa los comentarios de los consumidores en el diseño, la implementación y la evaluación del programa.
- La asistencia para el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias del Ryan White debe ser el pagador de último recurso.

Actividades clave

- Determinación de la elegibilidad
- Acceso al tratamiento
- Plan de tratamiento
- Coordinación y derivación
- Supervisión de los gastos
- Gestión de los registros

Datos

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios ambulatorios por abuso de sustancias, incluido lo siguiente:

- o La cantidad de clientes individuales que asisten a los servicios ambulatorios por abuso de sustancias.
- o Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias proporcionados por tipo de servicio.

Estándares

Determinación de la elegibilidad

Objetivo: los proveedores de servicios ambulatorios por abuso de sustancias deberán determinar, seguir y difundir los criterios de elegibilidad. En la sección “Elegibilidad” de los “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación relativos a la elegibilidad.

Estándar	Documentación
Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias son para las PLWH que necesitan ayuda para enfrentar problemas con las drogas y el alcohol que afectan los resultados de salud.	El proveedor de HCS debe contar con documentación que demuestre que el cliente necesita ayuda con problemas de drogas o alcohol para mejorar los resultados en materia de salud.
La elegibilidad para los servicios incluirá el FPL utilizado por el Programa de Intervención Temprana.	El proveedor de HCS debe tener documentación del FPL del cliente.
La elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de Washington. En el caso de los servicios por abuso de sustancias financiados por el DOH, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de WA, fuera del TGA (condados de King, Snohomish e Island). En el caso de los servicios por abuso de sustancias financiados por el Ryan White del PHSKC, la elegibilidad para los servicios incluirá la residencia en el estado de	El proveedor de HCS debe tener documentación de residencia en el estado de Washington específica de la fuente de financiación.

Servicios ambulatorios por abuso de sustancias

WA, dentro del TGA (condados de King, Snohomish e Island).	
La elegibilidad para los servicios incluirá el estado de VIH positivo del cliente.	El proveedor de HCS debe tener documentación del estado del VIH.
Los proveedores deben pagar los servicios ambulatorios por abuso de sustancias prestados en un entorno ambulatorio.	El proveedor de HCS debe contar con la documentación que demuestre que los servicios se proporcionaron en un entorno ambulatorio.

Plan de servicio de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias

Objetivo: los proveedores de servicios ambulatorios por abuso de sustancias deben incluir un plan de tratamiento según el cual solo se realicen actividades permitidas. Este puede formar parte del ISP del cliente.

Estándar	Documentación
<p>El plan de tratamiento para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias debe incluir solo las actividades permitidas, e incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> la cantidad, la frecuencia y la modalidad del tratamiento proporcionado; la fecha en que el tratamiento empieza y termina; supervisión y evaluación regulares del progreso del cliente; la firma de la persona que proporciona el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Los expedientes del programa y los registros del cliente deben incluir un plan de tratamiento que prevea la cantidad, la frecuencia y la modalidad del tratamiento proporcionado. Los registros del cliente deben incluir un plan de tratamiento con la fecha en que el tratamiento empieza y termina. Los expedientes del programa y los registros del cliente deben incluir un plan de tratamiento que prevea la supervisión y evaluación regulares del progreso del cliente. Los expedientes del programa y los registros del cliente deben incluir un plan de tratamiento que cuente con la firma de la persona que proporciona el servicio.

Acceso al tratamiento

Objetivo: el proveedor de servicios de salud mental deberá proporcionarles a los clientes la calidad de servicio más alta a través de miembros del personal capacitados y experimentados que cuenten con la autorización y las credenciales correspondientes.

Estándar	Documentación
Los clientes deberán recibir servicios ambulatorios por abuso de sustancias de un médico o profesional calificado o autorizado.	El proveedor de HCS debe contar con una copia de la autorización o el certificado de Washington de cada proveedor de servicios ambulatorios por abuso de sustancias que reciba pagos.
La PLWH deberá tener la posibilidad de acceder a los servicios de manera oportuna.	Las políticas y los procedimientos de servicios ambulatorios por abuso de sustancias del proveedor de HCS deben indicar cómo se gestionarán las necesidades de los clientes.

Servicios ambulatorios por abuso de sustancias

Coordinación y derivación

Objetivo: los proveedores de HCS que no proporcionen servicios ambulatorios por abuso de sustancias directamente deben facilitar de manera activa el proceso y garantizar que los clientes tengan acceso a la atención adecuada. El proceso de derivación debe incluir un seguimiento oportuno de todas las derivaciones. Los requisitos de elegibilidad del proveedor son parte del proceso de derivación.

Estándar	Documentación
Los proveedores de HCS que no proporcionen servicios ambulatorios por abuso de sustancias directamente deben brindar acceso a los servicios sistemáticamente.	El proveedor debe documentar las conexiones de derivación en los registros de progreso y en el plan de cuidado.
Los proveedores de HCS deberán facilitar las derivaciones para obtener formularios de divulgación de información que permitan la comunicación de información sobre las necesidades del cliente y otra información importante al proveedor de servicios ambulatorios por abuso de sustancias.	El formulario de divulgación de información firmado debe estar en el expediente del cliente.
Los proveedores de HCS deberán identificar y ayudar a resolver cualquier barrera que los clientes puedan tener que impida el acceso a los servicios ambulatorios por abuso de sustancias.	El proveedor de HCS deberá documentar todas las barreras identificadas en el proceso de derivación y las medidas tomadas para resolverlas en el registro de progreso y en el plan de tratamiento.
El proveedor de HCS deberá asegurarse de que los clientes estén accediendo a las derivaciones y a los servicios y de que estén siguiendo su plan de tratamiento.	El proveedor de HCS deberá documentar las actividades de seguimiento y los resultados en los registros de progreso, en el plan de servicio o a través de otros mecanismos de seguimiento.

Gestión de los gastos

Objetivo: la asistencia con los servicios ambulatorios por abuso de sustancias exige la supervisión de los gastos para garantizar que haya fondos disponibles durante el año del programa. Los proveedores financiados deben poder hacer un seguimiento de la cantidad total de asistencia con los servicios ambulatorios por abuso de sustancias proporcionada.

Estándar	Documentación
El proveedor de HCS deberá utilizar y asignar los gastos de manera efectiva.	El proveedor debe contar con un sistema de seguimiento de gastos. Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes.
El proveedor de HCS debe verificar que el cliente no puede acceder a los servicios ambulatorios por abuso de sustancias a través de otros pagadores, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Intervención Temprana; • Medicaid; 	El proveedor de HCS debe contar con políticas y procedimientos registrados que establezcan que los fondos de los HCS se utilizan como pagador de último recurso.

Servicios ambulatorios por abuso de sustancias

<ul style="list-style-type: none"> • seguro médico. 	
Los proveedores de HCS deben poder proporcionar informes cuantificados sobre los programas.	El proveedor debe tener la capacidad para informar los indicadores de desempeño y las mediciones de los resultados.

Gestión de los registros

Objetivo: utilizando la base de datos del DOH, los proveedores de HCS deberán documentar los servicios ambulatorios por abuso de sustancias en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes. En la sección “Estándares universales”, se describen mejor los criterios, la determinación y la documentación de la gestión de los registros.

Estándar	Documentación
Los registros de los servicios ambulatorios por abuso de sustancias deberán reflejar el cumplimiento de los estándares. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.	<p>Los registros de los servicios ambulatorios por abuso de sustancias incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fecha en que el cliente recibió asistencia. • Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad. • Una copia del cheque o el cupón. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio.</p>

Supervisión del programa

Estándares Nacionales de Supervisión

La HRSA desarrolló los Estándares Nacionales de Supervisión para ayudar a los destinatarios y subdestinatarios del Programa Ryan White para el VIH/SIDA a mejorar la eficiencia y receptividad del programa. Estos son la columna vertebral de los estándares de los Servicios para la Comunidad con VIH de Washington. Los Estándares Nacionales de Supervisión definen los requisitos y las expectativas federales para la gestión, la supervisión y los informes fiscales y del programa. Para consultar los Estándares Nacionales de Supervisión completos, visite: <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Global/programmonitoringpartb.pdf> (solo en inglés).

La supervisión del programa implica evaluar la calidad y la cantidad de los servicios proporcionados. Para el DOH, la supervisión incluye revisar los informes del programa, realizar visitas de supervisión y revisar los registros o las historias clínicas de los clientes. El DOH exige que los proveedores informen la cantidad de clientes a los que les brindan servicios, los tipos de servicios ofrecidos y cualquier obstáculo o problema asociado con la prestación de los servicios.

Control de calidad

Conforme a la Política de la Oficina de VIH/SIDA 15-02, *el control de calidad se refiere a una amplia variedad de actividades orientadas a garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad. Las actividades de control de calidad incluyen los procesos retrospectivos de medición del cumplimiento de los estándares (p. ej., pautas del HHS, pautas profesionales, estándares de servicio y materiales del contrato que deben entregarse)*. El control de calidad del DOH se enfoca en el cumplimiento por parte del subdestinatario de un conjunto de estándares tomados directamente del contrato escrito y compilados en una lista de verificación de control de calidad. El DOH usa herramientas o listas de verificación de evaluación durante las revisiones o visitas de supervisión periódicas. Estas herramientas de evaluación podrían requerir información sobre los controles fiscales, los requisitos de las auditorías independientes, los estándares de atención, las disposiciones de confidencialidad del cliente y los patrones de contratación del personal. El DOH exige el cumplimiento de la determinación o la evaluación de elegibilidad por parte de los proveedores.

El DOH alienta a los subdestinatarios a desarrollar una lista de verificación de calidad para usar como herramienta de autoevaluación.

Visitas al lugar

El DOH realiza visitas a los lugares para supervisar sus contratos. Una visita al lugar podría incluir entrevistas al personal, observación de los servicios, un recorrido por las instalaciones y una revisión de la documentación relacionada con los siguientes aspectos de las operaciones del subdestinatario:

- sistema de gestión fiscal;
- autorizaciones del personal;
- pólizas de seguro;
- inscripción de los clientes;
- protecciones de la confidencialidad del cliente;
- cumplimiento de las políticas fiscales y del programa;
- procedimientos de recopilación de datos;
- revisión de las historias clínicas de los clientes.

En los programas grandes con varios puestos de personal, es posible que el supervisor que realice la visita al lugar desee revisar los registros de horas y asistencia y entrevistar al personal de todos los niveles, incluidos los administradores, el personal de atención al público y el personal de apoyo. Podría realizarse un recorrido por las

Supervisión del programa

instalaciones para abordar problemas de acceso físico. Una revisión de la documentación puede incluir una amplia variedad de información, según sea necesaria para satisfacer las normas de contratación locales, estatales y federales.

Revisión por pares

Los pares colegas de la organización del subdestinatario deben realizar una revisión estructurada del programa. Los proveedores pueden usar este método para evaluar el desempeño individual del personal en el área de gestión de casos y en otros programas que dependan ampliamente de la calidad del desempeño del personal.

Revisiones de las historias clínicas de los clientes

El DOH revisa las historias clínicas de los clientes para evaluar el desempeño de los proveedores con respecto a los estándares de atención y a los requisitos de mantenimiento de registros. Por lo general, esta revisión incluye la recopilación de datos en el sitio por parte de un equipo de supervisión, el análisis de los datos y un informe final. Las revisiones de las historias clínicas de los clientes que reciben servicios según el Título XIX son obligatorias en virtud del contrato del DOH con la HCA.

Planes de medidas correctivas o de resolución

Cuando los problemas con un subdestinatario se vuelvan evidentes, el DOH tomará algún tipo de medida correctiva. El DOH y el subdestinatario se reunirán primero para analizar los problemas específicos. Los indicadores de medidas correctivas incluyen lo siguiente:

- gastos excesivos o insuficientes;
- facturación inadecuada;
- metas y objetivos del programa no alcanzados;
- rotación y puestos vacantes del personal constantes;
- registros de los clientes faltantes o incompletos;
- informes no presentados de manera oportuna;
- fracaso a la hora de brindar servicios a un cliente elegible;
- una variedad de fallas en materia de presupuesto o plan de trabajo.

El DOH usa un enfoque de medidas correctivas graduales. La prioridad principal es garantizar que haya soporte técnico disponible para los subdestinatarios. El DOH dará pie a una solicitud de soporte técnico informándole verbalmente al subdestinatario los problemas, y luego lo hará por escrito. Si fallan los esfuerzos informales y se requieren mecanismos formales, el DOH continuará trabajando con el subdestinatario antes de finalizar el contrato.

El DOH podría finalizar un contrato de manera predeterminada si el subdestinatario no cumple con las condiciones allí establecidas. También podría finalizar un contrato si tiene motivos razonables para creer que el subdestinatario:

- No cumplió o no mantuvo algún requisito del contrato con el DOH.
- No garantizó la salud o la seguridad de algún cliente al cual le está prestando servicios.
- No actuó en virtud de algún término o condición del contrato, o lo infringió.
- Infringió cualquier ley o norma vigente.

Soporte técnico

Los programas de soporte técnico les proporcionan a los subdestinatarios los recursos que contribuyen al desarrollo o al cumplimiento de sus programas. El DOH proporciona soporte técnico en el lugar para ayudar, capacitar o guiar a los subdestinatarios con respecto a los requisitos del contrato.

Supervisión del programa

Gestión de los registros

Objetivo: los registros relacionados con los servicios médicos básicos y de apoyo deben documentar que dichos servicios se utilizaron para conectar a los clientes con la atención médica, los servicios psicosociales y otras necesidades de servicio. La documentación son pruebas o declaraciones escritas de que el cliente recibió asistencia de los Servicios para la Comunidad con VIH.

Estándar	Documentación
<p>Los registros de los HCS deberán reflejar el cumplimiento de los estándares descritos más arriba. Los registros deben ser precisos y confidenciales y estar completos y seguros.</p>	<p>Los registros de los Servicios para la Comunidad con VIH incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• La fecha en que el cliente recibió asistencia.• Documentación que demuestra que el cliente reúne los criterios de elegibilidad.• Una copia del cheque o el cupón, si corresponde. <p>Utilizando la base de datos del DOH, el proveedor de HCS deberá documentar los servicios en los registros de progreso junto con las unidades de servicio correspondientes, y en el plan de servicio.</p>

Mejora de la calidad



Gestión de calidad

Un programa de gestión de calidad tiene el objetivo de determinar si los servicios proporcionados son de alta calidad y cumplen las pautas establecidas para la prevención y el tratamiento del VIH. Además, se enfoca en los resultados de salud y en la mejora del programa.

Gestión de la calidad clínica

El Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública (Programa Ryan White para el VIH/SIDA) exige que un programa de gestión de la calidad clínica cumpla lo siguiente:

- Evalúe la medida en la cual los servicios de salud para el VIH proporcionados a los pacientes son coherentes con las pautas vigentes para los servicios de salud pública (<https://clinicalinfo.hiv.gov/es/guidelines>) destinados al tratamiento del VIH y de las infecciones oportunistas relacionadas.
- Desarrolle estrategias para garantizar que dichos servicios sean coherentes con las pautas para mejorar el acceso a los servicios para el VIH y su calidad.
- Se asegure de utilizar datos demográficos, clínicos y de utilización para evaluar y abordar las características de la epidemia local y la calidad de la atención.
- Garantice la inclusión de las partes interesadas y de los líderes adecuados en todo el proceso de mejora de la calidad.
- Garantice que los procesos para mejorar la calidad de la atención se lleven a cabo de forma constante.

El DOH ha adoptado estas pautas. Son la columna vertebral de los estándares de mejora de la calidad de los Servicios para la Comunidad con VIH.

Componentes del programa de gestión de calidad¹

Un programa de gestión de calidad consiste en la coordinación de actividades destinadas a **mejorar** la atención, los resultados de salud y la experiencia (satisfacción) de los clientes. Para ser eficaz, el programa debe incluir objetivos

¹ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Actualizado el 30 de noviembre de 2018. 201. Aclaración sobre la Política de gestión de la calidad clínica/Aviso n.º 15-02. Acceso a través de: <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Global/CQM-PCN-15-02.pdf> y <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Global/clinicalqualitymanagementfaq.pdf> (solo en inglés).

específicos basados en los resultados de salud, apoyo de un grupo de liderazgo identificado, personas responsables, recursos específicos y el uso de los datos y los resultados medibles.

Requisitos para los proveedores de HCS

Los proveedores deben cumplir lo siguiente:

- Contar con un plan de gestión de calidad basado en la plantilla proporcionada por el DOH o aprobado por dicho departamento.
- Implementar al menos un proyecto de mejora de la calidad por año. El DOH prefiere que se implemente uno por trimestre.
- Ingresar en el sistema de datos estatal interconectado del DOH los datos necesarios para cumplir con las mediciones del desempeño seleccionadas por dicho departamento.
- Medir la experiencia del paciente o cliente o los comentarios de los clientes anualmente.
- Presentar un informe de gestión de calidad trimestral usando la plantilla proporcionada por el DOH dentro de los 30 días posteriores a la finalización de cada trimestre.
- Participar en las actividades de gestión de calidad organizadas por el DOH, como las capacitaciones y el comité estatal para la mejora de la calidad.

Plan de gestión de calidad

El Departamento de Salud proporcionará una plantilla que incluye todos los requisitos del plan de gestión de calidad. Si el proveedor de HCS desea usar un formato alternativo, debe recibir aprobación del coordinador de mejora de la calidad. Todos los planes de gestión de calidad deben incluir una descripción de la infraestructura, las mediciones del desempeño y la mejora relativas a la calidad. El DOH puede proporcionar soporte técnico si se solicita.

Modelo de proyecto de mejora de la calidad (Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar [PDSA])

Los proveedores deben enfocar sus proyectos de mejora de la calidad en mejorar la atención de los pacientes. PDSA (por su sigla en inglés, Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar) es una herramienta simple pero poderosa para acelerar las mejoras.

- Planificar: identificar los problemas, incluidos sus componentes, y planificar las estrategias y las pruebas que podrían generar una mejora.
- Hacer: usar las estrategias diseñadas para abordar los problemas.
- Estudiar: recopilar y analizar datos para ver si las estrategias produjeron mejoras.
- Actuar: si las estrategias son efectivas, implementarlas como una actividad constante. Si las estrategias no son efectivas, vuelva a la etapa Planificar y use los datos para identificar nuevas formas de abordar los problemas.

Mediciones del desempeño

Las mediciones del desempeño que utiliza el DOH para determinar el progreso e identificar las áreas de mejora son, como mínimo, para cada categoría de servicio proporcionada. Hay descripciones detalladas de la medición del desempeño en la plantilla de informes trimestrales, y también se pueden solicitar al coordinador de mejora de la calidad del DOH.

- Participación en las mediciones de la atención: visitas médicas anuales.
- Medición de los resultados de salud. Mediciones de los resultados de salud de las poblaciones especiales en relación con la supresión de la carga viral del VIH. Supresión de la carga viral del VIH para las siguientes poblaciones:
 - o población latina;

Mejora de la calidad

- o población negra;
- o personas sin estabilidad en la vivienda.
- Podría hacerse un seguimiento de las mediciones del desempeño adicionales basadas en la identificación de los impactos dispares u otras disparidades identificadas, según lo definido por el grupo directivo de planificación para el VIH y los datos del programa. Dichas posibles áreas de enfoque son los jóvenes, los mayores de 50, las personas transgénero, las mujeres y las personas que tienen problemas con la justicia.

Experiencia del cliente

Una medición de la experiencia del cliente es la participación en el programa de gestión de calidad. Esto garantiza que el proveedor aborde las necesidades de los clientes en las actividades de gestión de calidad, incluida la selección de proyectos de mejora de la calidad. Las encuestas de satisfacción o experiencia de clientes son un método para identificar las áreas de mejora. Los clientes deben participar en el diseño y la prueba de las encuestas. Los subdestinatarios pueden encontrar información integral para realizar encuestas de clientes en www.nationalqualitycenter.org/resources/patient-satisfaction-survey-for-hiv-ambulatory-care-pdf/ (sitio web solo en inglés). El DOH no espera que los proveedores de HCS implementen una encuesta de ese tamaño. El DOH organizará un grupo de trabajo para abordar las encuestas de clientes. Una copia de la evaluación en español se encuentra disponible en la página 39 del siguiente documento: www.nationalqualitycenter.org/files/1-patient-satisfaction-survey/.

Informes trimestrales

El Departamento de Salud proporcionará una plantilla que incluye todos los requisitos del informe trimestral. Estos son los plazos:

Trimestre calendario	Plazo
Del 1.º de enero al 31 de marzo	30 de abril
Del 1.º de abril al 30 de junio	30 de julio
Del 1.º de julio al 30 de septiembre	30 de octubre
Del 1.º de octubre al 31 de diciembre	30 de enero

Actividades de gestión de calidad organizadas por el DOH

El DOH exige que los proveedores de HCS participen en actividades de capacitación y seminarios web para mejorar los esfuerzos de gestión de calidad. El DOH cuenta con un plan de gestión de calidad estatal y alienta a los proveedores de HCS a que den su opinión con respecto a la selección de mediciones y proyectos de mejora de la calidad. El DOH podría solicitarles a los proveedores de HCS que participen en actividades de gestión de calidad adicionales.

Estándares

Mejora de la calidad

Objetivo: los proveedores deben implementar actividades orientadas a mejorar el desempeño a través de procesos constantes de supervisión, evaluación y mejora de la calidad.

Mejora de la calidad

Estándar	Documentación
<p>Se debe crear un comité de calidad que incluya activamente a los clientes, así como a los empleados de atención al público, al personal de supervisión, al personal administrativo y a los colaboradores externos y las partes interesadas clave.</p>	<p>El proveedor de HCS debe documentar las reuniones del comité de calidad, incluido lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fecha de la reunión; • acta de cada reunión; • cantidad de personas que forman parte del comité; • asistencia a la reunión; • recomendaciones del comité.
<p>El proveedor de HCS deberá desarrollar y actualizar periódicamente un plan de calidad del proveedor por escrito que sea coherente con el plan de calidad estatal de Washington.</p> <p>Los planes de mejora de la calidad deben actualizarse al menos una vez al año.</p>	<p>El proveedor de HCS debe contar con un plan de mejora de la calidad registrado.</p> <p>El proveedor de HCS debe documentar todas las actualizaciones de dicho plan una vez que haya alcanzado los objetivos y cuando se identifiquen otros problemas u objetivos, o bien, al menos una vez al año.</p>
<p>Los proveedores deben realizar actividades a corto plazo del modelo Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar (PDSA) orientadas concretamente a evaluar y mejorar los servicios del programa para el VIH.</p>	<p>El proveedor debe tener pruebas del PDSA.</p>
<p>Los proveedores deben usar las encuestas de satisfacción del cliente y otros esfuerzos para medir la adecuación de los servicios a la hora de satisfacer las necesidades de los clientes.</p>	<p>El proveedor debe presentarle al DOH una copia de las conclusiones de la encuesta y otros esfuerzos.</p>

COVID-19

Ley CARES para beneficiarios del Ryan White

Prevención, preparación y respuesta en relación con la COVID-19 para los clientes del Programa Ryan White para el VIH/SIDA (RWHAP), incluidos los gastos relacionados con la extensión de las horas de atención, el aumento de las horas de trabajo del personal (horas extra), los equipos adicionales, la capacitación de la fuerza laboral y el desarrollo de la capacidad, así como los servicios para apoyar el distanciamiento físico, como las comidas entregadas a domicilio y el transporte. Todas las actividades y las compras realizadas con el apoyo de las subvenciones del RWHAP para la COVID-19 **deben** usarse para los servicios, las actividades y los suministros necesarios para evitar o minimizar el impacto de la COVID-19 en los clientes del RWHAP. El programa RW Parte B del DOH le presentará a la HRSA los planes que establecen la forma en que se usarán los fondos conforme a la ley CARES en su estado para abordar uno o más de los siguientes pilares:



PREVENCIÓN



PREPARACIÓN



RESPUESTA

COVID-19

Categorías de servicio elegibles para el Ryan White

Todas las actividades deben continuar cumpliendo con las categorías de servicio elegibles para el Ryan White:

- Gestión de casos médicos
- Gestión de casos no médicos
- Asistencia financiera de emergencia
- Banco de alimentos/comidas entregadas a domicilio
- Educación en salud/reducción de riesgos
- Vivienda
- Servicios lingüísticos
- Transporte médico
- Servicios de difusión
- Servicios de apoyo psicosocial

Características del cliente

PLWHA que viven en el estado de Washington, se han visto afectadas por la COVID-19 y podrían beneficiarse de apoyo, defensa, recursos o beneficios de derivaciones y conexiones, servicios de vivienda, asistencia financiera de emergencia, información y educación, desarrollo de habilidades o coordinación de los servicios para sus necesidades médicas o psicosociales.

Unidad de servicio

Una unidad de servicio para la gestión de casos es una visita presencial (en un consultorio o para recibir servicios comunitarios), un contacto no presencial (por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico o postal) o un contacto con alguien del entorno.

Los proveedores deben documentar y estar preparados para compartir con el DOH el diseño, la implementación, las áreas objetivo, las poblaciones y los resultados de los servicios en virtud de la ley CARES, incluido lo siguiente:

- La cantidad de clientes individuales que reciben servicios relacionados.
- Un Informe de Datos sobre COVID-19 (CDR, por su sigla en inglés) mensual conforme a los requisitos de la HRSA.

Excepciones a la política

Debido a los requisitos de distanciamiento físico establecidos por el gobernador Inslee, se espera que los proveedores de HCS trabajen dentro sus comunidades para proporcionar una continuidad de los servicios utilizando las siguientes pautas:

- Los servicios pueden proporcionarse usando opciones de telesalud u otras opciones remotas.
- Los servicios deben proporcionarse solo con cita.
- Los proveedores de HCS podrían permitirles a los clientes que usen firmas electrónicas temporalmente en cualquier documento que deban firmar.
- Los proveedores de HCS podrían permitir la autocertificación provisoria para comprobar la residencia, los ingresos y el estado del VIH (lo cual deberá ser verificado de manera oportuna por el gerente de casos).

A medida que los condados comiencen a aplicar las pautas de apertura gradual descritas en el plan “Comienzo Seguro”, los proveedores de HCS deberán trabajar con sus clientes para obtener los documentos y las firmas actualizados según sea necesario.

Puede encontrar más pautas aquí: <https://coronavirus.wa.gov/what-you-need-know/safe-start> (solo en inglés).

Appendix A

Trauma Informed Care Self-Assessment Tool

Purpose

The Agency Self-Assessment for Trauma-Informed Care is intended to be a tool that will help you assess your organization's readiness to implement a trauma-informed approach. Honest and candid staff responses can benefit your agency by helping to identify opportunities for program and environmental change, assist in professional development planning, and can be used to inform organizational policy change.

How to Complete the Agency Self-Assessment

The Self-Assessment is organized into five main "domains" or areas of programming to be examined:

- Supporting Staff Development
- Creating a Safe and Supportive Environment
- Assessing and Planning Services
- Involving Consumers
- Adapting Policies

Agency staff completing the Self-Assessment are asked to read through each item and use the scale ranging from "strongly disagree" to "strongly agree" to evaluate the extent to which they agree that their agency incorporates each practice into daily programming. Staff members are asked to answer based on their experience in the program over the past twelve months.

Responses to the Self-Assessment items should remain anonymous and staff should be encouraged to answer with their initial impression of the question as honestly and accurately as possible. Remember, staff members are not evaluating their individual performance, but the practice of the agency as a whole. Staff should complete the Self-Assessment when they have ample time to consider their responses; this may be completed in one sitting or in sections if time does not allow.

Agencies may distribute the tool on paper or electronically. Using an electronic method may assist with data collection and analysis.

How to Compile and Examine Self-Assessment Results

Have a designated point person to collect completed assessments and compile results.

To identify potential areas for change, look for statements where staff responses are mostly "strongly disagree" and "disagree", these are practices that could be strengthened. In addition, pay attention to those responding with "do not know" as this could indicate that the practice is lacking, or perhaps there is a need for additional information or clarification. Finally, it is helpful to examine items where the range of responses is extremely varied. The lack of consistency might be due to a lack of understanding about an item itself, a difference of perspective based on a person's role in the agency, or a misunderstanding on the part of some staff members about what is actually done on a daily basis.

This instrument is adapted from the National Center on Family Homelessness Trauma-Informed Organizational Self-Assessment and "Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol" article by Roger D. Fallot, Ph.D. and Maxine Harris, Ph.D.

Anexo A (solo en inglés)

Trauma-Informed Organizational Self-Assessment

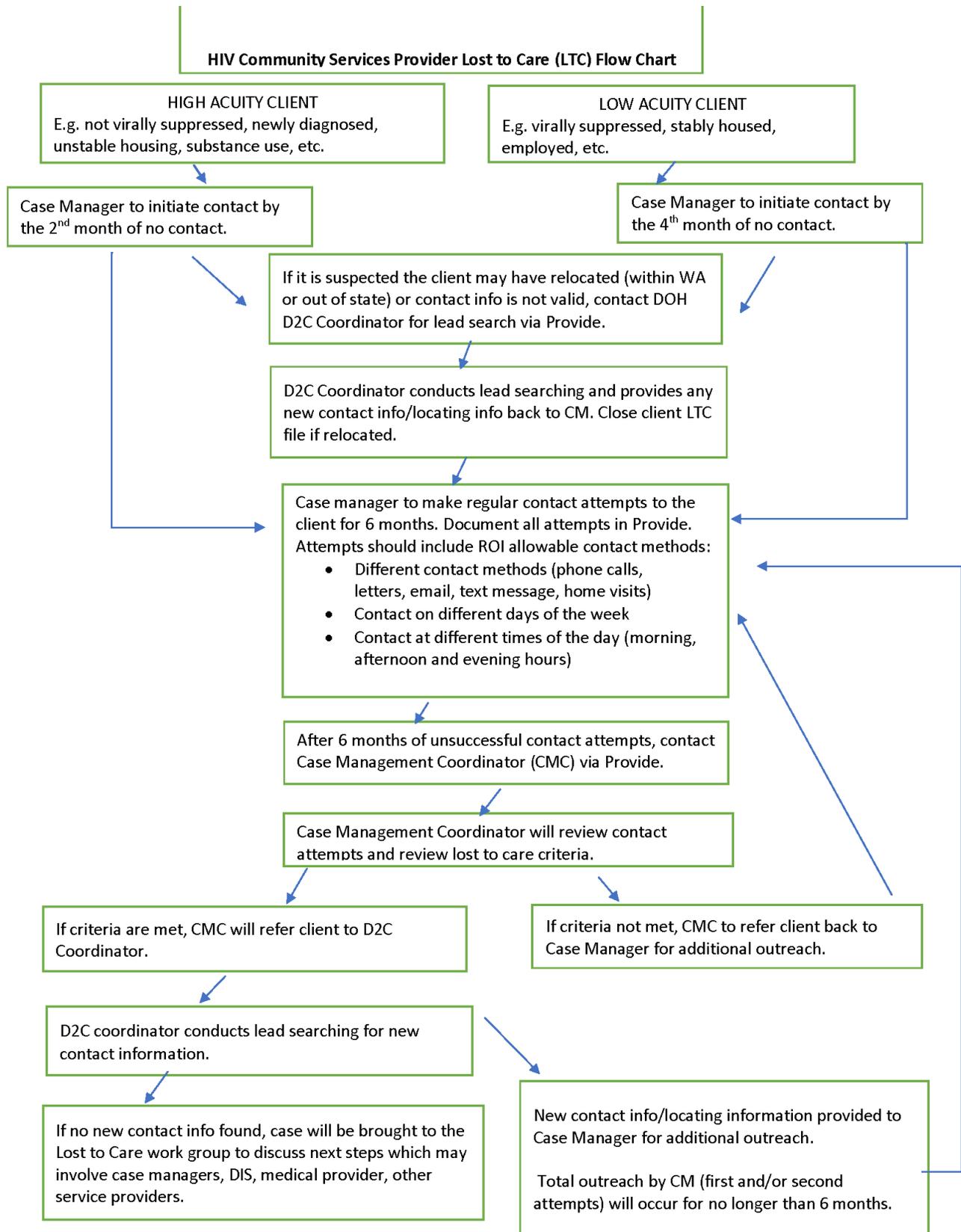
Please complete the assessment, reading each item and rating from strongly disagree to strongly agree based on your experience in the organization over the last year. Use your initial impression, and remember, you are evaluating the agency, not your individual performance.

Supporting Staff Development

Staff at all levels of the program receive training and education on the following topics

Staff at all levels receive training/education on the following	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Do Not Know	Not Applicable
What Traumatic Stress is						
How traumatic stress affects the brain/body						
The relationship between mental health and trauma						
The relationship between substance use and trauma						
The relationship between health outcomes and trauma						
How trauma affects a person's development						

Anexo B (solo en inglés)



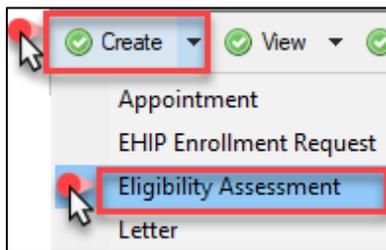
Appendix C

Provide® Enterprise System PLWH Eligibility Assessment Manual

Eligibility Assessments are completed to determine eligibility prior to funding and providing services.

A client's eligibility must be **updated every six months**. Only Provide Users with specific security roles are able to “**Submit**” and/or “**Complete**” Eligibility Assessments.

To create an **Eligibility Assessment**, navigate to the **Client Profile** > click on green **Create** button > select **Eligibility Assessment**



The Eligibility Assessment is composed of 12 tabs:



- Main
- Demographics
- Address
- Household
- Income
- Benefits
- Insurance
- Authorized Rep
- Medical
- Care Team
- Services
- Progress Logs



When entering data into tabs and forms – **only fields with red asterisks (*) are required** to submit or complete.

Main Tab

The Main Tab consists of two sections:

1. **Top section** where key client information (name, birth date, and SSN, etc.) is located.

Anexo C (solo en inglés)

Main	Demographics	Address	Household	Income	Benefits	Insurance	Authorized Rep	Medical	Care Team	Services	Progress Logs
Assessment ID	41780										
Source	ADAP										
Assessment Type	New Assessment										
Urgent Processing Desired Flag?	No										
Checked Out?	Yes										
Checked Out By	Kelse Kwaiser										
Checked Out Date	08/27/2020										
File Status	In Progress										
Date Received	* 08/27/2020										
Date Due	10/26/2020										
Comments											
Applicant Identification											
Legal First Name	* [REDACTED]										
Legal Middle Initial	[REDACTED]										
Legal Last Name	* [REDACTED]										
Name Suffix	[REDACTED]										
Date of Birth	* [REDACTED]										
Current Age	[REDACTED]										
Social Security #	[REDACTED]										
Current Gender Identity	* Male										
Sex Assigned at Birth	* Male										

2. **Bottom section** where “Proof of Identity” scans, Agreement Release of Information/Assignment of Benefits scans, and past/current Eligibility Assessment Application documents are located.

Proof of Identity
Proof of Identity Document(s)
Date ▾ Type / Delete Flag /
Agreement Release of Information Assignment of Benefits
Agreement Release of Information Assignment of Benefits Document(s)
Date ▾ Type / Delete Flag /
Eligibility Assessment Application Documents
Eligibility Assessment - Application
Date ▾ Delete Flag ▾



Proof of identity is **not required** but is helpful to capture legal name.

Demographics Tab

The Demographics Tab is where vital client demographic information on a client is located. Fill in the fields as appropriate, depending on how fields are answered, additional fields may populate.

Anexo C (solo en inglés)

Main **Demographics** Address Household Income Benefits Insurance Authorized Rep Medical Care Team Services Progress Logs

Demographics

Race - Check all that apply

- American Indian/Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- White

Native Hawaiian Pacific Islander

- Native Hawaiian
- Guamanian or Chamorro
- Samoan
- Other Pacific Islander

Ethnicity

Ethnicity - Hispanic

- Hispanic
- Mexican
- Puerto Rican
- Cuban
- Other

Veteran?

Primary Language

Preferred Written Communications Language

Marital Status

- Single

Address Tab

The Address Tab is where the address, phone number(s), and proof of residency are documented.

Main Demographics **Address** Household Income Benefits Insurance Authorized Rep Medical Care Team Services Progress Logs

Residence

Housing Type

- Home/Apartment you Own/Rent

Street Address

123 Fake St

Apt / Lot / Floor

State

WA

City

Seattle

County

King

Zip Code

98108-____

Primary Phone

() - ____

Secondary Phone

() - ____

Okay to Leave Voice Mail?

Mailing Address

Do you consent to receiving mail from the program?

- Yes

Care Of Line

Street Address

456 Fake St.

Apt / Lot / Floor

City

Seattle

County

State

WA

Zip

98108-____

EMessaging

Okay to Send Email?

- No

Okay to Send Text Messages?

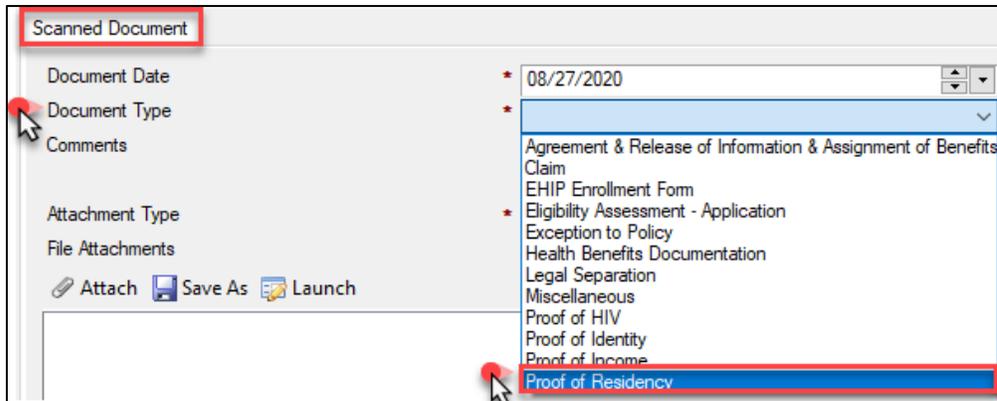
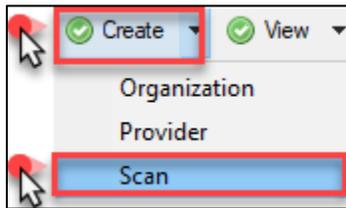
- No

Proof of Residency		
Proof of Residency Document(s)		
Date	Type	Delete Flag
2020/08/27	Proof of Residency - 123 Fake St, Seattle WA 98108-	N

Proof of Residency documents will be visible and accessible in the bottom section of this tab.

Anexo C (solo en inglés)

If the documents are missing and need to be added, a user can click on the green **Create** button > **Scan** > Add **Proof of Residency** as image (scan) or attachment (file).

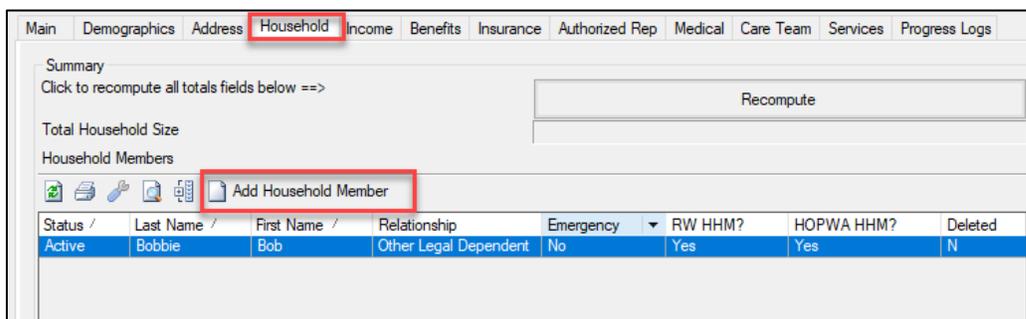


Household Tab

The **Household** Tab shows the client's legal house hold members and the household size.

A legal **Household Member** includes:

- Spouse
- RDP
- Child
- Other person client is able to claim on their taxes



Household Member Records can be added by clicking the **Add Household Member Record** form

Once added, click the big grey **Recompute** button to recalculate the household size based on the new information.

Income Tab

The Income Tab will be where a user documents the client's income and adjustments.

A user will input the total monthly household income of the applicant and all legal household members in the respective fields.

Note: The wages field is the only **required field (*)** in the income calculations. If there are no wages, you would enter **zero** into this field and move onto entering the income in the other field (s).

Main	Demographics	Address	Household	Income	Benefits	Insurance	Authorized Rep	Medical	Care T
<p>Alert Input the total monthly income of applicant and all legal household members in the respective fields. Any Income type listed in all caps is not calculated for MAGI, but is a required field of entry. Every field in this section needs to have a value. If you don't have the type of income being asked for then you will need to enter a zero (0) in the field.</p>									
<p>Current Monthly Household Income</p>									
Wage Income Calculator					Wage Income Calculator				
Wages, salaries, tips, etc.					* \$1,000.00				
Taxable interest									
Tax-exempt Interest									
Ordinary Dividends									
Exempt Interest Dividends									
Taxable refunds of state/local income taxes									
Alimony or Other Spousal Support Received									
Business or Self Employed income/loss (Schedule C or C-EZ)									

Capital gain/loss (Schedule D)	
Other gains/losses	
IRA distributions - taxable amount	
Pensions and Annuities	
Rental real estate, trusts (Schedule E)	
Farm income/loss (Schedule F)	
Unemployment Income	
Retirement Income from Social Security	
Social Security Disability (SSDI)	
SUPPLEMENTAL SOCIAL SECURITY INCOME (SSI)	
Other Client Income (Jury Duty Pay, Gambling Winnings)	
CHILD SUPPORT, WORKMAN'S COMPENSATION, OR MONETARY GIFT	

Anexo C (solo en inglés)

Current Monthly Household Income Adjustments		
Educator expenses	<input type="text"/>	
Business expenses (Form 2106 or 2106-EZ)	<input type="text"/>	
Health Saving Account (Form 8889)	<input type="text"/>	
Moving Expenses (Form 3903)	<input type="text"/>	
Deductible part of Self-Employment Tax (Schedule SE)	<input type="text"/>	
Self-employed SEP, SIMPLE plans	<input type="text"/>	
Self-employed Health Insurance Deduction	<input type="text"/>	
Penalty on early withdrawal of savings	<input type="text"/>	
Alimony paid	<input type="text"/>	
IRA deduction	<input type="text"/>	
Student loan interest deduction	<input type="text"/>	
Tuition and fees (Form 8917)	<input type="text"/>	
DOMESTIC PRODUCTION ACTIVITIES (Form 8903)	<input type="text"/>	
Totals		
Click to recompute all totals fields below ==>		
	<input type="button" value="Recompute"/>	
Household Monthly Gross Income	* \$1,000.00	
Household Monthly Gross Income Adjustments	* <input type="text"/>	
Household Monthly MAGI	* \$1,000.00	
Household MAGI Poverty Level %	* 73	
Tax Return		
Did you file a tax return for the most recent prior year?	<input type="text" value=""/>	
Income Documentation Requirements		
Attach a copy of current income documents. Examples of current income documents include copies of your most recent last two months of pay stubs, current Social Security award letter, unemployment award letter.		
Income Documentation		
Proof of Income Document(s)		
Date ▾	Type /	Delete Flag /
2020/08/11	Proof of Income - Household MAGI = 0% FPL	N

NOTE: Any **income** or **adjustment** type listed in all caps will not be included in the MAGI calculation.

Wages, salaries, tips, etc. - include the total monthly income that the applicant and any legal household members receive from wages, salaries and tip income.

- If a Case Manager needs assistance entering wages the Wage Calculator is a tool that assists in this calculation.

Anexo C (solo en inglés)

Main Demographics Address Household **Income** Benefits Insurance Authorized Rep Medical Care T

Alert
 Input the total monthly income of applicant and all legal household members in the respective fields. Any Income type listed in all caps is not calculated for MAGI, but is a required field of entry.
 Every field in this section needs to have a value. If you don't have the type of income being asked for then you will need to enter a zero (0) in the field.

Current Monthly Household Income
 Wage Income Calculator **Wage Income Calculator**
 Wages, salaries, tips, etc. \$1,000.00

Dialog Income Calculator for

Dialog Income Calculator

Wage Income Calculator

Number of Jobs
 Number of Current Jobs * 0

Other
 Other Monthly Wage Income

Self Employed
 Estimated Monthly Income

Totals
 Income Calculation * \$0.00

Comments

OK
 Cancel

After updating the household member (s), and income information, click on the big grey **Recompute** button and the income totals will be recomputed. Select either “Yes” or “No” if the client filed a tax return for the most recent prior year.

Totals
 Click to recompute all totals fields below ==>

Household Monthly Gross Income * \$1,000.00

Household Monthly Gross Income Adjustments *

Household Monthly MAGI * \$1,000.00

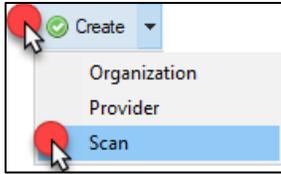
Household MAGI Poverty Level % * 73

Recompute

Proof of Income documentation will appear on the documentation tab. A new Proof of Income document is required for every Eligibility Assessment (unless it is up-to-date with SS income or the income document was added within the past 2 months).

- To add an income document click **Create > Scan**> select document type as **Proof of Income > Scan** image or **attach** file.

Anexo C (solo en inglés)



No Income: - By enter zero into the wages field and if there are no other income sources, click the **Recompute** button and the “No Income Declaration” field will appear. The  hover question mark contains the no income statement info.

A screenshot of the 'Totals' section in a software interface. The section is titled 'Totals' and includes a link 'Click to recompute all totals fields below ==>'. Below this, there are several rows of data: 'Household Monthly Gross Income' with a value of '\$0.00', 'Household Monthly Gross Income Adjustments' with a value of '\$0.00', 'Household Monthly MAGI' with a value of '\$0.00', 'Household MAGI Poverty Level %' with a value of '0', and 'No Income Declaration?' with a value of 'Yes'. A red arrow points to a question mark icon next to the 'No Income Declaration?' field. A red circle highlights the 'No Income Declaration?' field. A 'Recompute' button is located to the right of the data rows.

Benefits Tab

The **Benefits Tab** is where a user can document the client’s Medicare and Medicaid information.

A screenshot of the 'Benefits' tab in a software interface. The tab is highlighted in red. Below the tab, there is an 'Alert' section with the text: 'It is critical that applicant report enrollment in health benefits programs. Failure to do so may lead to Permanent Removal from the Medication and/or Premium Assistance Programs.' Below the alert, there are several fields: 'Medicare Status' (a dropdown menu), 'Medicaid Status?' (a text input field), 'Medicaid ID Number' (a text input field), 'Provider One ID' (a text input field), and 'Comments' (a text area). The 'Medicare Status' field is marked with a red asterisk (*).

When a user inputs “Active” into the **Medicare Status** field, additional required fields (*) will populate.

Anexo C (solo en inglés)

Main Demographics Address Household Income **Benefits** Insurance Authorized Rep Medical Care T

Alert
It is critical that applicant report enrollment in health benefits programs. Failure to do so may lead to Permanent Removal from the Medication and/or Premium Assistance Programs.

Medicare Status * No Benefits

Medicaid
Medicaid Checked? * No
Medicaid Status? No Benefits
Medicaid ID Number
Provider One ID
Comments

Main Demographics Address Household Income **Benefits** Insurance Authorized Rep Medical Care T

Alert
It is critical that applicant report enrollment in health benefits programs. Failure to do so may lead to Permanent Removal from the Medication and/or Premium Assistance Programs.

Medicare Status * Active
Effective Date *
Medicare Coverage *
Comments
Medicare Proof of Coverage Document(s)
Date Type Program Delete Flag
Medicare Prescription Drug Plan (PDP) Status * No Benefits
Medicaid
Medicaid Checked? * No
Medicaid Status? No Benefits
Medicaid ID Number
Provider One ID
Comments

NOTE: Medicare Status field can be set to “No Benefits”, “Active”, or “Applied”.

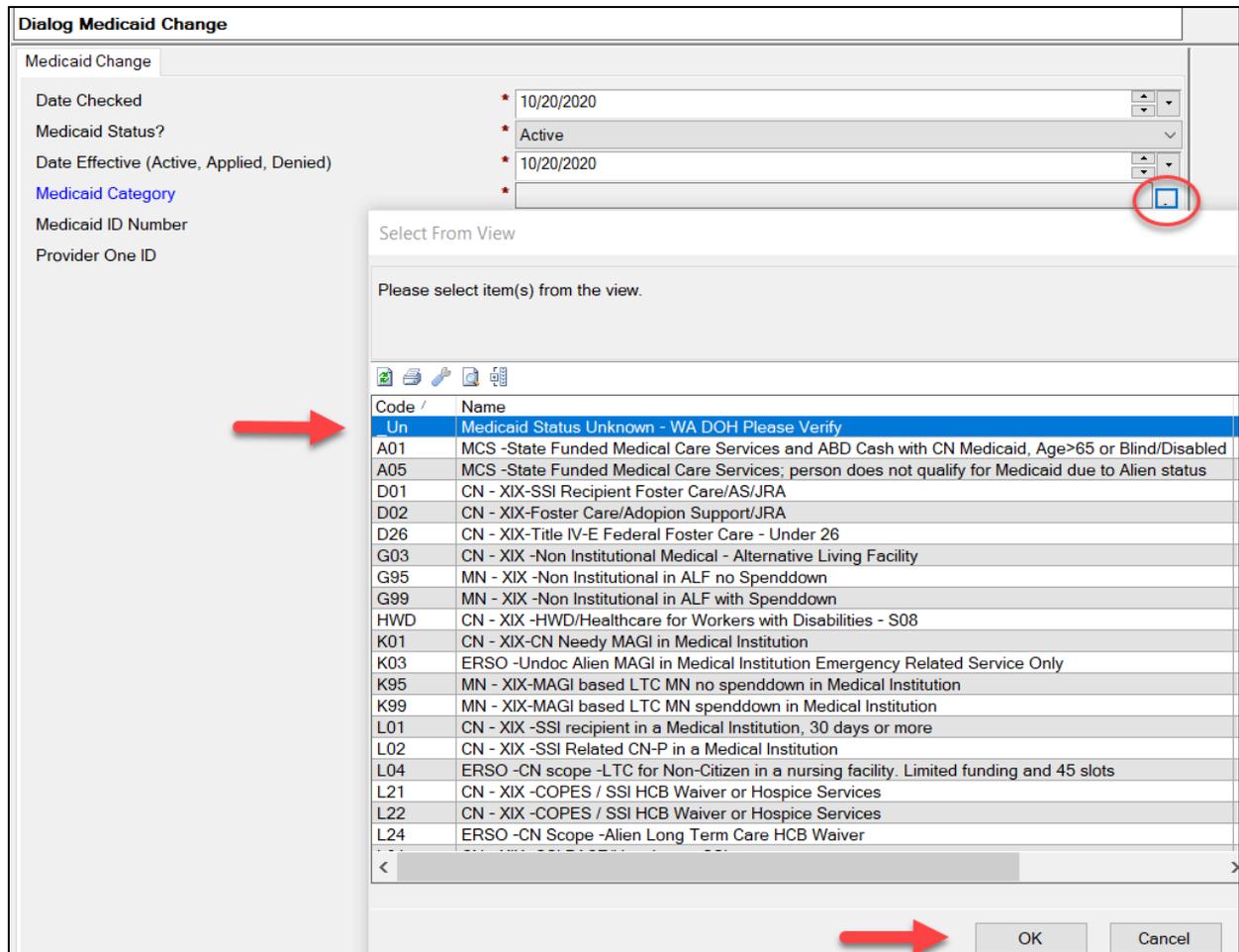
For each insurance type entered as “Active”, the user get prompted to complete additional required fields (*) and scan all any required proof of coverage documents not already present.

- Proof of Health Insurance documents previously scanned will be visible.

Medicaid – On the “Medicaid Status?” click into the field by clicking the square to the right of the filed. In the drop down chose on of the following: If you are unsure of the clients current Medicaid enrollment chose “No

Anexo C (solo en inglés)

Benefits then click **“OK”**. If you believe the client has active Medicaid, chose **“Active”** then put in the current date, then click **“Medicaid Category”** pick list box then click **“Medicaid Status Unknown – WA DOH Please Verify** then click **“OK”**.



The screenshot shows the "Dialog Medicaid Change" window. The "Medicaid Status?" dropdown is set to "Active". The "Date Effective (Active, Applied, Denied)" is set to "10/20/2020". The "Medicaid Category" dropdown is open, showing a list of categories. The "Un Medicaid Status Unknown - WA DOH Please Verify" option is selected and highlighted in blue. A red arrow points to this option. Another red arrow points to the "OK" button at the bottom right of the dialog.

Code /	Name
Un	Medicaid Status Unknown - WA DOH Please Verify
A01	MCS -State Funded Medical Care Services and ABD Cash with CN Medicaid, Age>65 or Blind/Disabled
A05	MCS -State Funded Medical Care Services; person does not qualify for Medicaid due to Alien status
D01	CN - XIX-SSI Recipient Foster Care/AS/JRA
D02	CN - XIX-Foster Care/Adoption Support/JRA
D26	CN - XIX-Title IV-E Federal Foster Care - Under 26
G03	CN - XIX -Non Institutional Medical - Alternative Living Facility
G95	MN - XIX -Non Institutional in ALF no Spenddown
G99	MN - XIX -Non Institutional in ALF with Spenddown
HWD	CN - XIX -HWD/Healthcare for Workers with Disabilities - S08
K01	CN - XIX-CN Needy MAGI in Medical Institution
K03	ERSO -Undoc Alien MAGI in Medical Institution Emergency Related Service Only
K95	MN - XIX-MAGI based LTC MN no spenddown in Medical Institution
K99	MN - XIX-MAGI based LTC MN spenddown in Medical Institution
L01	CN - XIX -SSI recipient in a Medical Institution, 30 days or more
L02	CN - XIX -SSI Related CN-P in a Medical Institution
L04	ERSO -CN scope -LTC for Non-Citizen in a nursing facility. Limited funding and 45 slots
L21	CN - XIX -COPES / SSI HCB Waiver or Hospice Services
L22	CN - XIX -COPES / SSI HCB Waiver or Hospice Services
L24	ERSO -CN Scope -Alien Long Term Care HCB Waiver

Note: DOH will enter the correct Medicaid information. DOH looks up every client in ACES, which is Medicaid’s database for every Eligibility Assessment.

Insurance Tab

The Insurance Tab is where a user documents a client’s private insurance information.

When a user marks the insurance type as **“Active”**, additional fields will populate. For each active insurance type, the user will be prompted to complete all appropriate fields and scan all required documents for proofs of coverage.

Anexo C (solo en inglés)

Main Demographics Address Household Income Benefits **Insurance** Authorized Rep Medical Care Team Services Progress Logs

Alert
It is critical that applicant report enrollment in health benefits programs. Failure to do so may lead to Permanent Removal from the Medication and/or Premium Assistance Programs.

Primary Private Insurance
Status * No Benefits

Dental Care Policy
Status * No Benefits

Main Demographics Address Household Income Benefits **Insurance** Authorized Rep Medical Care Team Services Progress Logs

Alert
It is critical that applicant report enrollment in health benefits programs. Failure to do so may lead to Permanent Removal from the Medication and/or Premium Assistance Programs.

Primary Private Insurance
Status * Active

Effective Date *

Policy Source *

Insurance Company Name *

Policy/Plan Name *

Medical Coverage? * No

Pharmacy Coverage Included? * No

Comments

Private Proof of Coverage Document(s)

Date Type Program Delete Flag

NOTE: Primary Private Insurance field Status can be set to “No Benefits”, “Active”, “Applied” or “COBRA”.

Dental Care Policy Section – the Dental Care Policy Status field can be set to “No Benefits”, “Active”, “Applied” or “COBRA”.

Dental Care Policy
Status * Active

Plan Name *

Comments

- If policy is “Active” → enter the dental care policy name
- If the dental insurance plan name is “Unknown” → type in the source of the dental insurance, “Employer Sponsored”, “Self-Pay”, etc.

Authorized Representative Tab

The **Auth Reprs Tab** is where a user documents the number of authorized representatives for the client.

Fill-in the appropriate fields for any/each authorized representative.

Anexo C (solo en inglés)

Main	Demographics	Address	Household	Income	Benefits	Insurance	Authorized Rep	Medical	Care Team	Services	Progress Logs
Count											
Number of authorized representatives		* 1									
Representative 1											
Name		* bob tree									
Date of Birth		01/01/1980									
Phone		(206) 412-3689									
E-Mail Address											

Medical Tab

The Medical Tab documents a client's medical information, including: current disease stage, identified risk factor(s), and whether the client is on ARV.

To **Add Test Result**, click on the **Add Test Result button**. Fill in the appropriate fields. To save and return back to the Eligibility assessment, click the **Close** button and click **Yes** to save changes.

Eligibility Assessment - Client Services : Kelse Kwaiser/data [03/02/2020]											
Main	Demographics	Address	Household	Income	Benefits	Insurance	Authorized Rep	Medical	Care Team	Services	Progress Logs
HIV Status		* HIV Positive AIDS Status Unknown									
Stage of Disease											
Estimated Date HIV Diagnosed											
Identified Risk Factor(s)		<input type="checkbox"/> Blood Transfusion <input type="checkbox"/> Hemophilia <input type="checkbox"/> Heterosexual Contact <input type="checkbox"/> Intravenous Drug Use <input type="checkbox"/> Men Who Have Sex with Men <input type="checkbox"/> Mother-at-Risk (Perinatal) <input type="checkbox"/> Other <input checked="" type="checkbox"/> Undetermined									
Currently prescribed antiretroviral therapy?		* Yes									
Date Antiretroviral Therapy Started											
HIV Verification											
HIV Verification											
Date		Delete Flag	Type								
2017/05/23		N	Physician Affidavit								
Key Lab Results											
CD4 and Viral Loads											
Add Test Result											
Test /	Date	Result	Source	Scan Doc?							
CD4 Count	2019/03/04	409	Surveillance Interface	No							
CD4 Count	2018/08/01	805	Surveillance Interface	No							
CD4 Count	2018/04/17	666	Surveillance Interface	No							
CD4 Count	2017/11/20	693	Surveillance Interface	No							
CD4 Count	2017/07/24	732	Import	No							

Care Team Tab

The **Care Team Tab** is where a user can monitor and enter a client's primary care team, an HIV Care Physician and a HIV Case Manager.

Fill in the appropriate fields. To save and return back to the Eligibility assessment, click the **Close** button and click **Yes** to save changes

Services Tab

The **Services Tab** will be a summary of the Medication Assistance Enrollment Records, Premium Assistance Enrollment Records, and Eligibility History. Once this form is completed, an enrollment record will be created.

Fill in the fields as appropriate. Depending on how fields are completed, additional fields may populate.

Date Effective	Date End	Status	Benefit Level	Share Amount	Deleted?

Date Effective	Date End	Status	Policy Type	Carrier	Plan Name	Deleted?

Categorically eligible for Expanded Medicaid? * No

Mandatory ACA? No

Mandatory Insurance? No

Mandatory Medicaid? No

Mandatory Medicare B? No

Mandatory Medicare D? No

Medication Assistance

Do you want to add/continue Medication Assistance? * Yes

Insurance Enrollment Assistance

Does Client want assistance enrolling in a Health Insurance Policy? * No

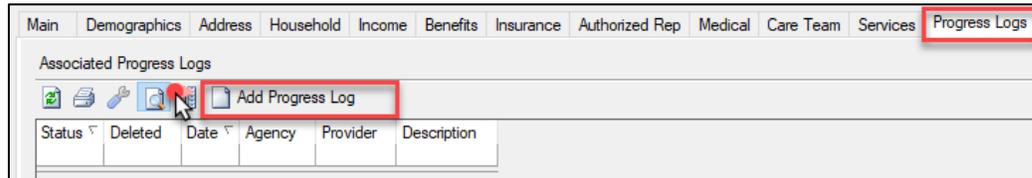
Primary Private Insurance

Does Client wish to add/continue Premium Assistance on their existing Insurance Policy? * No

Progress Logs Tab

The **Progress Log Tab** is where **Eligibility Assessment** related progress logs can be entered. The **Progress Log** is designed to capture the date and time and number of minutes that a provider spent working with or on behalf of a client. Notes of the encounter/effort should be documented.

To create a Progress Log, click on the **Add Progress Log** button.



- It is not required, but a user can also enter an appointment, lab result, or referral from the Progress Log form.

To save a **Progress Log** as **“In Progress”** or as **“Completed”**:

- “In Progress”** → to save the **Progress Log** as **“In Progress”**, click the **Close** button and click **Yes** to save changes

Status	Deleted	Date	Agency	Provider	Description
In Progress	N	2020/08/28	Lifelong	Kelse Kwaiser	Test- Eligibility Assessment

- “Completed”** → to save the **Progress Log** as **“Completed”**, click on the green **Complete** button.

Status	Deleted	Date	Agency	Provider	Description
Complete	N	2020/08/28	Lifelong	Kelse Kwaiser	Test- Eligibility Assessment



Once a **Progress Log** is marked as **“Completed”**, it is no longer editable.

Save Eligibility Assessment “In Progress”

To save the **Eligibility Assessment** as “**In Progress**”, click the **Close** button and click **Yes** to save changes.

Date Submitted	Status	Delete Flag	Source	Submitted By	Checked Out?	Checked Out By
	In Progress	N	ADAP		Yes	Kelse Kwaiser

The **Eligibility Assessment** will remain “**Checked-Out**” by the user who saves it in the “**In Progress**” status .

To view client specific **Eligibility Assessments**, navigate to the **Client Profile** > click the green **View** button > select **Eligibility Assessments**

Submit Eligibility Assessment

An **Eligibility Assessment** must be submitted before it can be completed. After the **Eligibility Assessment** is completed it will be reviewed and processed by DOH.

To **Submit** an Eligibility Assessment, click on the green **Submit** button.

Date Submitted	Status	Delete Flag	Source	Submitted By	Checked Out?	Checked Out By
2020/08/28	Submitted	N	ADAP	Kelse Kwaiser	Yes	Kelse Kwaiser

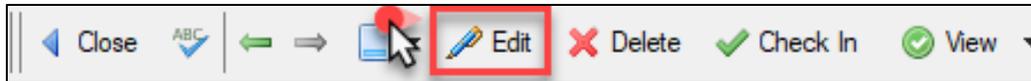
- **NOTE:** All users who are able to create an Eligibility Assessment will be able to submit and complete the Eligibility Assessment - however only DOH can **process** Eligibility Assessments.

Complete Eligibility Assessment

The **Eligibility Assessment** must be completed before it can be reviewed and processed by DOH.

Double click the **Eligibility Assessment** to open the record, and click the “**Edit**” button.

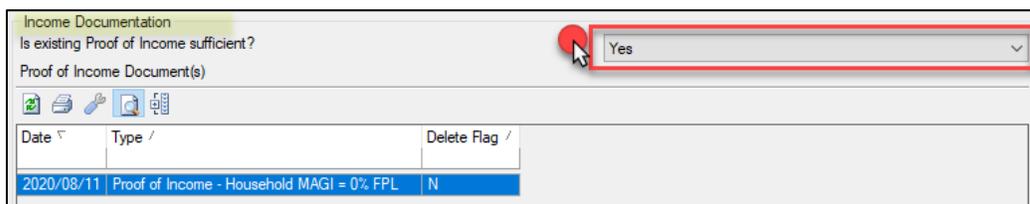
Anexo C (solo en inglés)



Complete any missing required fields (*) and add any missing health information documents/scans, such as address, income, identity, etc.

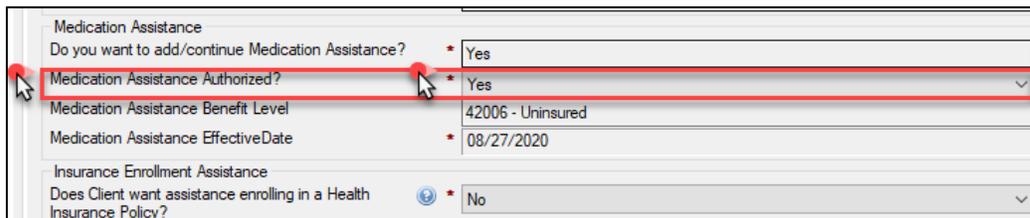
- **NOTE:** an **Eligibility Assessment** cannot enter “**Completed**” status until all the required health information documents/scans are entered. If a user attempts to complete with missing documents, they will receive an error message specifying exactly what documents are missing.

After adding all the required health information documents/scans, the user will need to navigate back to the **Main, Address, Income, Benefits, and Medical** Tabs complete a newly populated question on each tab: “**Is existing [document name] documentation sufficient?**”



Date	Type	Delete Flag
2020/08/11	Proof of Income - Household MAGI = 0% FPL	N

On the **Services** Tab, complete the question “**Do you want to add/continue Medication Assistance?**”



Medication Assistance

Do you want to add/continue Medication Assistance? * Yes

Medication Assistance Authorized? * Yes

Medication Assistance Benefit Level 42006 - Uninsured

Medication Assistance EffectiveDate * 08/27/2020

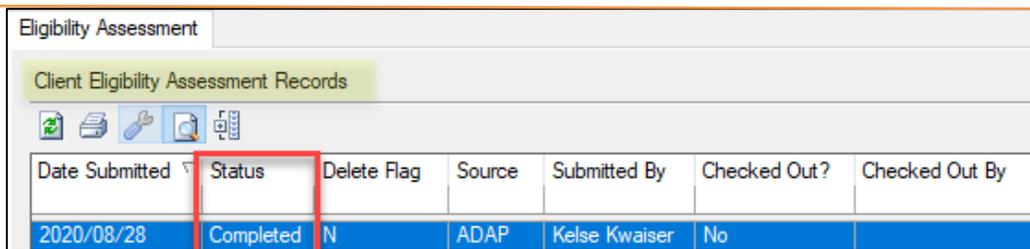
Insurance Enrollment Assistance

Does Client want assistance enrolling in a Health Insurance Policy? No

To **Complete** an Eligibility Assessment, click on the green **Complete** button.



After completing the **Eligibility Assessment** the status will change from “**Submitted**” to “**Completed**”.



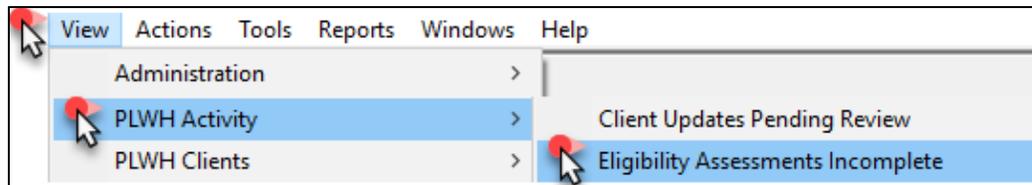
Date Submitted	Status	Delete Flag	Source	Submitted By	Checked Out?	Checked Out By
2020/08/28	Completed	N	ADAP	Kelse Kwaiser	No	

Eligibility

Assessment View - All

Anexo C (solo en inglés)

To view **Incomplete Eligibility Assessments**, click the grey **View** button (main toolbar) > **PLWH Activity** > select **Eligibility Assessments Incomplete**.

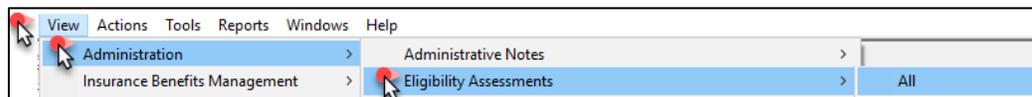


Eligibility Assessment View – Administrators



Specific agency representatives assigned administrative roles can view “**In Progress**”, “**Submitted**”, and “**Completed**” Eligibility Assessments.

- Click the grey **View** button (main toolbar) > select **Eligibility Assessments\All**



- Expand status categories by clicking on the box next to the status title.

Status /	Date Due /	Date Received /	Deleted	Type	Urgent?	Interim	Client Flag	Checked Out?	Checked Out By?	Last Name	First N
In Progress											
In Progress	2019/12/03	2019/09/01	N	Reassessment	No	Yes	Existing Client	Yes			
In Progress	2020/10/26	2020/08/27	N	New Assessment	No	No	Existing Client	No			
Submitted											
Submitted	2019/09/30	2019/09/01	N	Priority Reassessment	No	No	Existing Client	Yes			
Submitted	2019/10/11	2019/09/11	N	Reengagement	No	No	Existing Client	Yes			
Submitted	2019/10/24	2019/09/24	N	Reengagement	No	No	Existing Client	No			

- To close all or expand all status categories by clicking on the green and red expansion and collapse options:



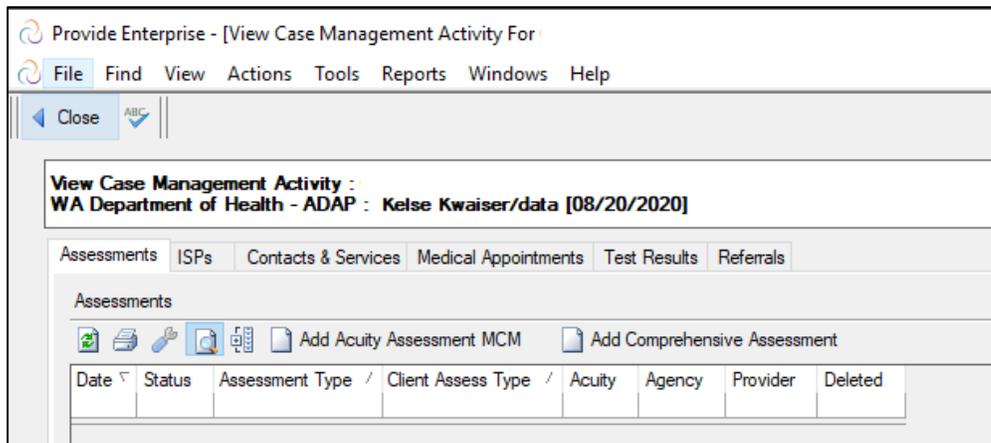
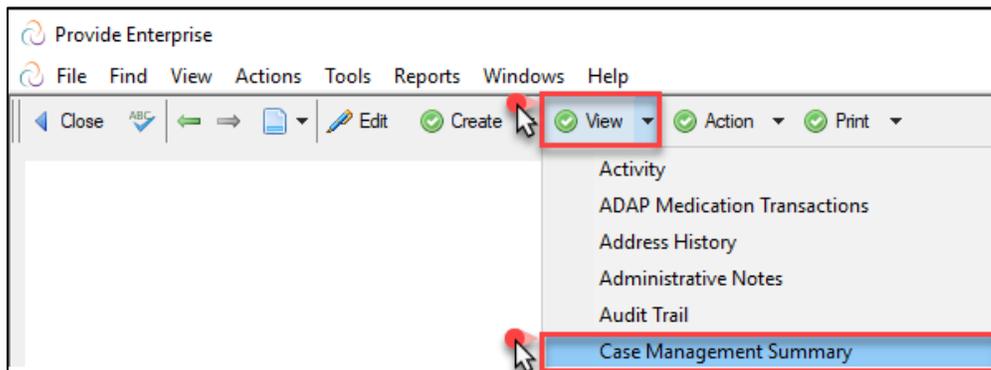
Appendix C

Provide® Enterprise System PLWH Case Management Manual

After searching and locating a client in Provide, navigate to the Client Profile by double clicking on the client record. The Client Profile is where medical and non-medical case managers can access the **Case Management Summary** view.

The **Case Management Summary** view is where medical and non-medical case managers will perform day-to-day service management and reporting tasks.

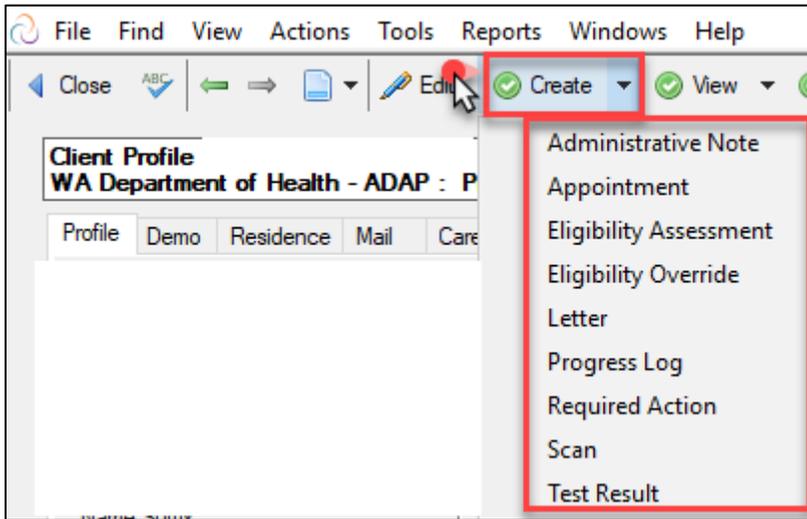
From the Client Profile, navigate to the Case Management Summary by clicking on the green **View** Button > **Case Management Summary** (image below).



In the **Case Management Summary** view (image above), a case manager can create, update and view a number of things including:

- **Assessments**
- **ISPs**
- **Contracts & Services (Progress Logs & Services Provided)**
- **Medical Appointments**
- **Test Results**
- **Referrals**

Many of these activities can also be accessed by clicking the green **Create** button within the Client Profile and/or within the **Case Management Summary**.



When entering data into tabs and forms – **only fields with red asterisks (*) are required to save and/or complete.**

Add Acuity Assessments MCM

To create an **Acuity Assessment MCM**, navigate to: **View > Case Management Summary View > Assessments Tab > Add Acuity Assessment MCM**

The **Acuity Assessment MCM** form contains the following tabs:

- Acuity Assessment MCM Tab**

The screenshot shows the 'Acuity Assessment MCM' form with three tabs: 'Acuity Assessment MCM' (selected), 'Score', and 'Assessment Status'. The form is divided into three sections for Acuity Level 1, 2, and 3, each with a 'Select all' checkbox. Red circles highlight the 'Select all' checkboxes for each level. Red arrows point to the 'Acuity Assessment MCM' tab and the 'Score' tab.

Acuity Level	Criteria
Acuity Level 1 (Select all)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> In Progress <input type="checkbox"/> Newly Diagnosed (w/in 6 months) <input type="checkbox"/> Unsuppressed Viral Load greater than 200 copies <input type="checkbox"/> Not in HIV care <input type="checkbox"/> Not on ARV's (if recommended) <input type="checkbox"/> Not adherent to ARV's <input type="checkbox"/> Justice Involved in past 6 months <input type="checkbox"/> Not adherent to HIV medical appointments <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> No access to ARV's <input type="checkbox"/> Medical emergency/hospitalization <input type="checkbox"/> Other medical conditions not addressed (i.e. Hepatitis C, diabetes) <input type="checkbox"/> None of the above
Acuity Level 2 (Select all)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolation <input type="checkbox"/> No insurance or incomplete or insufficient coverage <input type="checkbox"/> Unstable housing or homeless <input type="checkbox"/> Current domestic violence and/or abuse <input type="checkbox"/> Unmet or unaddressed Mental health needs <input type="checkbox"/> Current or historical substance abuse <input type="checkbox"/> Financial needs identified (i.e. utility assistance, HOPWA, etc.) <input type="checkbox"/> Linguistic challenges <input type="checkbox"/> Legal issues impeding other areas of life <input type="checkbox"/> Transportation needs <input type="checkbox"/> Income insufficient to meet needs <input type="checkbox"/> Needs frequent assistance navigating systems <input type="checkbox"/> No stable support network <input type="checkbox"/> Current IDU <input type="checkbox"/> Failed to reach client after three attempts <input type="checkbox"/> None of the above
Acuity Level 3 (Select all)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Current viral suppression maintained for minimum of 6 months <input type="checkbox"/> Adherent to HIV medical appointments <input type="checkbox"/> Enrolled in comprehensive coverage <input type="checkbox"/> Without significant vulnerabilities regarding life domain stability <input type="checkbox"/> Reliable access to transportation <input type="checkbox"/> Steady, sufficient source of income <input type="checkbox"/> No unmet mental health needs <input type="checkbox"/> No current Substance Abuse <input type="checkbox"/> None of the above

- Score Tab**

The screenshot shows the 'Score' tab of the 'Acuity Assessment MCM' form. It features a 'Score' field, an 'Acuity Level' dropdown menu, and a text area for 'Assessment Comments'. Red arrows point to the 'Acuity Assessment MCM' tab and the 'Score' field.

The **Score** Tab does not require data entry – assessment comments are optional and the acuity level is calculated automatically based on the answers provided on the **Acuity Assessment MCM** Tab.

Anexo C (solo en inglés)

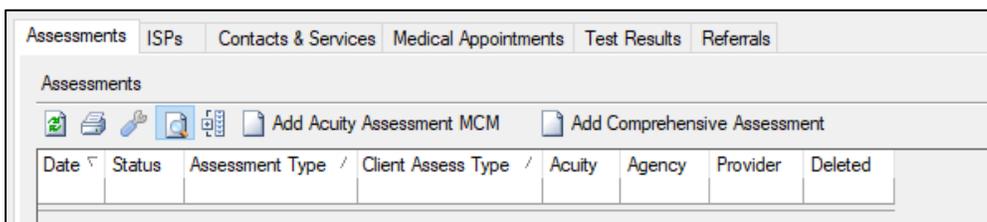
After entering data, the Assessment can be **Saved in Progress** or **Completed**.

- **“In Progress”** → to save the assessment with the status **“In Progress”** click either Close > Save or click the **Save in Progress** button.
- **Completed** → if all the required fields (*) are entered the assessment can be saved with a **Completed** status by clicking the green **Completed** button with the green checkmark icon.

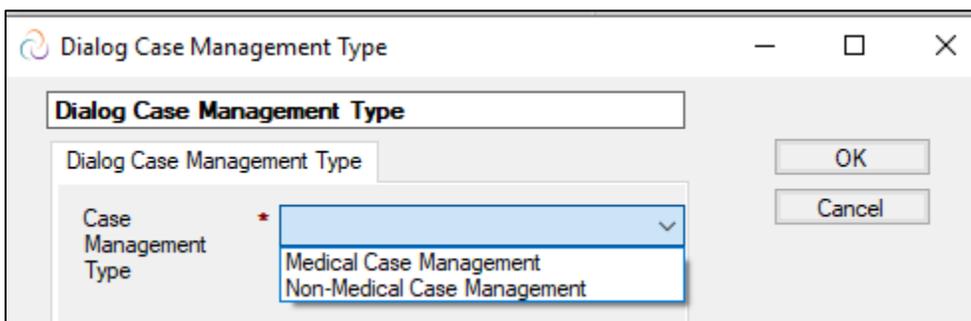


Add Comprehensive Assessment

To create a **Comprehensive Assessment**, navigate to **View > Case Management Summary View > Assessments Tab > Add Comprehensive Assessment**



On the **Status** Tab of the **Comprehensive Assessment** form, enter the **Case Management Type** field by clicking on the drop-down menu and indicating if the **Comprehensive Assessment** is a **Medical Case Management** or **Non-Medical Case Management** assessment.



After selecting the **Case Management Type**, complete the **Assessment Class** field to inform whether this is an initial or subsequent assessment. Click **OK**.

The **Comprehensive Assessment** form contains the following tabs:

- **Status**
- **Medical**
- **Other Core Services**
- **Support Services**
- **Sexual Health**
- **Quality of Life**

Anexo C (solo en inglés)

- Domestic Violence
- Summary

Fill the additional tabs as appropriate. Below are previews of each tab in the Comprehensive Assessment with required fields circled in red:

- **Status Tab**

Assessment Status: In Progress
Assessment Type: Medical Case Management
Assessment Class: Initial

- **Medical Tab**

Overall Health: *
Physician treating HIV?: *
Taking medication as prescribed?: *
Concerns about being prescribed HIV medications?: *

Test /	Date	Result
CD4 Count	2015/09/17	450
HIV 1 Viral Load	2015/09/17	20

- **Other Core Services Tab**

Anexo C (solo en inglés)

Status Medical **Other Core Services** Support Services Sexual Health Quality of Life Domestic Violence Summary

Mental health concerns? *

Taking medications as prescribed? *

Depression *

Drug or alcohol use and/or abuse *

Dental Needs *

Dental visit in past year? *

Eating habits over the last month *

Need for Nutritional Counseling? *

Vision Needs *

Other Core Services Comments

- **Support Services Tab**

Status Medical Other Core Services **Support Services** Sexual Health Quality of Life Domestic Violence Summary

Housing, mortgage, utility, and/or emergency financial assistance needed? *

Support Group needed? *

Would you like to work with a peer navigator? *

Legal needs? *

Food Bank/Home Delivered Meal needs? *

Rehabilitation/Job/Education needs? *

Transportation needs? *

Support Services Comments

- **Sexual Health Tab**

Status Medical Other Core Services Support Services **Sexual Health** Quality of Life Domestic Violence Summary

Knowledge of HIV *

Knowledge of HIV Medications and how they affect HIV *

Risk assessment completed in last six months *

Diagnosis of STD in last 12 months *

Partner Notification assistance needed *

Sexual Health Comments

- **Quality of Life Tab**

Status Medical Other Core Services Support Services Sexual Health **Quality of Life** Domestic Violence Summary

Managing monthly bills *

Cultural factors? *

Linguistic factors? *

Adaptive Equipment Needed? *

Needs Assist with ADL's? *

Any Religious or Spiritual affiliations? *

Quality Of Life Comments

- **Domestic Violence Tab**

Anexo C (solo en inglés)

Domestic Violence Summary

- Fear of harm regarding disclosure of HIV status *
- Domestic violence or abuse in current relationship *
- Perpetrates violence toward partner, child, others *
- Domestic Violence Comments

- **Summary Tab**

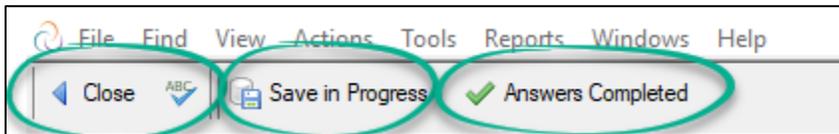
Case Management ISPs

Date Opened	Status	Deleted	Case Manager	Date Last Review

Summary Comments

After entering data, a **Comprehensive Assessment** can be **Saved in Progress** or **Completed**.

- **“In Progress”** → to save the assessment with the status **“In Progress”** click either the **Close** button and click **Yes** to save, or click on the **Save in Progress** button.
- **Completed** → if all the required fields (*) are entered the assessment can be saved with a **Completed** status by clicking the green **Answers Completed** button with the green checkmark icon.



To review or re-open the assessments after starting/completing them, a user needs to click the refresh button  and then double click on assessment to reopen the record.

Date	Status	Assessment Type	Client Assess Type	Acuity	Agency	Provider	Deleted
2020/08/25	Completed	Acuity Assessment MCM		3	Lifelong	Kelse Kwaiser	N
2020/08/25	Answers Completed	Comprehensive Assessment	Medical Case Management		Lifelong	Kelse Kwaiser/LL	N

Note: Deleted records are indicated by a **“Y”** in the **Deleted** column. The records in the above image are not deleted, indicated by the **“N”** in the **Deleted** column.

ISPs

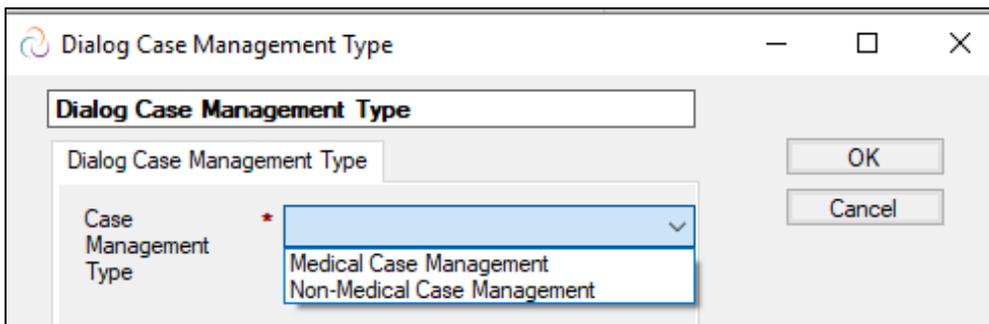
To create an **ISP**, navigate to **View > Case Management Summary View > ISPs Tab > Add ISP**

Anexo C (solo en inglés)



The screenshot shows a software interface with a top navigation bar containing tabs: Assessments, ISPs, Contacts & Services, Medical Appointments, Test Results, and Referrals. The 'ISPs' tab is selected. Below the navigation bar, there is a toolbar with several icons, including a document icon with a plus sign labeled 'Add ISP', which is circled in red. Below the toolbar is a table with columns: Date Opened, Status, Type, Counselor, Date Last Review, Date Closed, and Deleted.

Double click on the **Add ISP** form and enter the **Case Management Type** field by clicking on the drop-down menu and indicating if the ISP is associated with **Medical Case Management** or **Non-Medical Case Management**.



The screenshot shows a dialog box titled 'Dialog Case Management Type'. It has a text input field at the top containing 'Dialog Case Management Type'. Below this is a dropdown menu labeled 'Case Management Type' with a red asterisk next to it. The dropdown menu is open, showing two options: 'Medical Case Management' and 'Non-Medical Case Management'. To the right of the dropdown are 'OK' and 'Cancel' buttons.

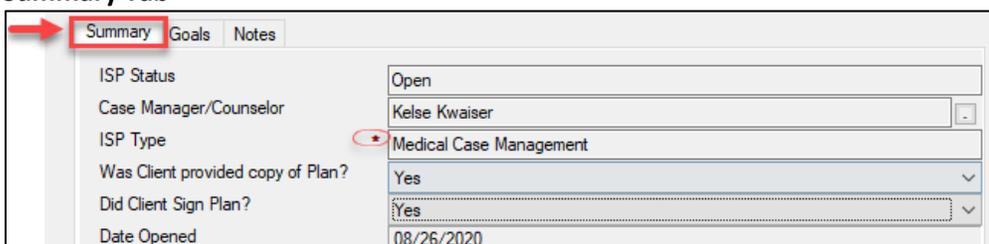
After selecting the **Case Management Type**, complete the **Assessment Class** field to inform whether this is an initial or subsequent assessment. Click **OK**.

The **ISP** form contains the following tabs:

- **Summary**
- **Goals**
 - **Add Manual Goal**
 - **Add Template Goal**
- **Notes**

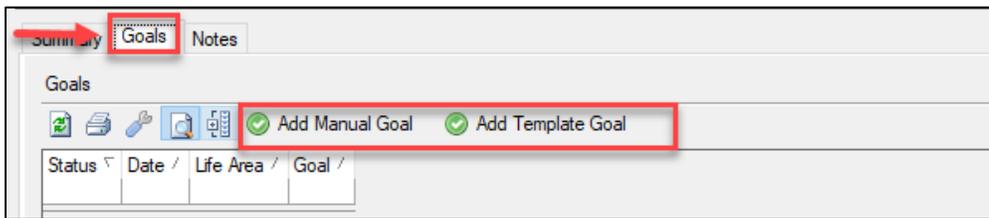
Fill the additional tabs as appropriate. Below are previews of each tab in the ISP with required fields circled in red:

- **Summary Tab**

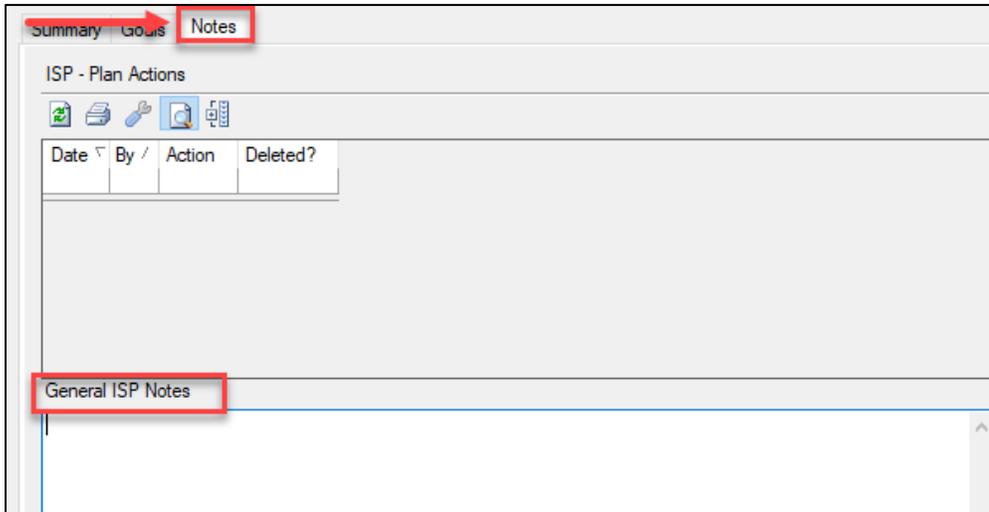


The screenshot shows the 'Summary' tab of the ISP form. The 'Summary' tab is selected and highlighted with a red box and a red arrow. The form contains several fields: 'ISP Status' (Open), 'Case Manager/Counselor' (Kelse Kwaiser), 'ISP Type' (Medical Case Management), 'Was Client provided copy of Plan?' (Yes), 'Did Client Sign Plan?' (Yes), and 'Date Opened' (08/26/2020). The 'ISP Type' field is circled in red.

- **Goals Tab**



- **Notes Tab**



ISP Goals

Manual Goals and Template Goals are added to and associated with ISPs. Manual Goals are developed between individual Case Managers and Clients. Template Goals are developed by a workgroup of Case Management providers to be available for all Case Managers to add to ISPs.

Manual Goals:

- To **Add Manual Goal** to an ISP, follow these steps:
 1. Navigate to the **Goals** Tab within the ISP
 2. Click the green **Add Manual Goal** button



3. Fill in fields as appropriate:

Anexo C (solo en inglés)

File Find View Actions Tools Reports Windows Help

Close Save And Create Another Close ISP Goal Print Goal

ISP Goal :
Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/LL [08/26/2020]

Summary Notes

Goal Status * Open

Goal Type * Manual

Goal Life Area *

Goal Statement *

Interventions

Date Goal Established * 08/26/2020

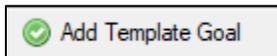
Target Resolution Date *

Provider Assigned Kelse Kwaiser

- **Goal Category** – category that matches the goal the user is adding to the ISP (ex: Access, Adherence, Retention, etc.)
 - **Goal Life Area** – the life area this goal most closely relates to.
 - **Goal Statement** – a brief summary describing the goal.
 - **Interventions** – a list of specific interventions that will be followed in working towards meeting this goal
4. When finished:
- To save and add an additional goal → click **Save and Create Another** to add an additional goal
 - To save the goal but not complete the goal → click **Close** and **Yes**
 - To close/complete goal → click **Close ISP Goal**

Template Goals:

- To **Add Template Goal** to ISP:
 1. Navigate to the **Goals** Tab within the ISP
 2. Click the green **Add Template Goal** button



3. Select a template from the active list of templates available to add/auto-fill fields

Select From View

Please select item(s) from the view.

Status / Life Area / Name /

Status /	Life Area /	Name /
Active	Support	Assess employment background and current ability to obtain employment and refer for vocational services if appropriate.
Active	Support	Assess financial needs and develop plan to address low/no income.
Active	Support	Budget Counseling required.
Active	Support	Client has a self identified need for food bank/home-delivered meal services.
Active	Support	Client is pregnant, needs immediate referral to physician for prenatal care.
Active	Support	Continue good oral health care habits.
Active	Support	Continue to provide supportive HIV education.

OK Cancel

ISP Notes

Notes Tabs exist on both on the main page of an ISP and within ISP goal forms.

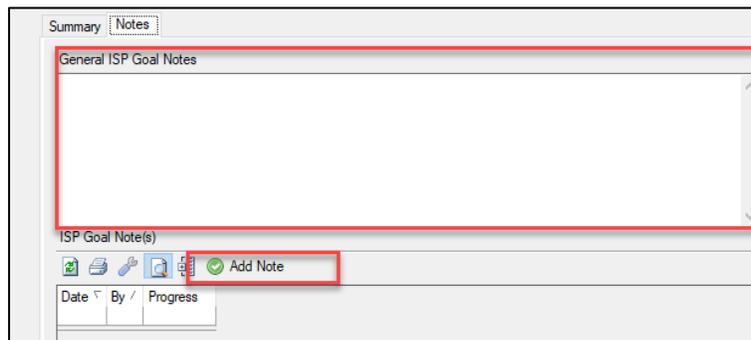
- **ISP Notes:**

The **Notes** Tab on the main page of an ISP only allows for manual entry of notes into the **General ISP Goal Notes** free-type field



- **ISP Goal Notes:**

The **Notes** Tab within ISP goal forms allow for either manual entry of notes into the **General ISP Goal Notes** free-type field or adding a note by clicking the green **Add Note** button

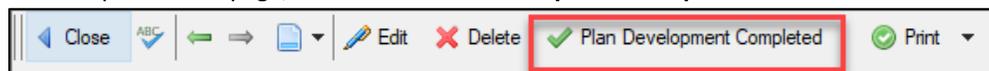


Completing the ISP

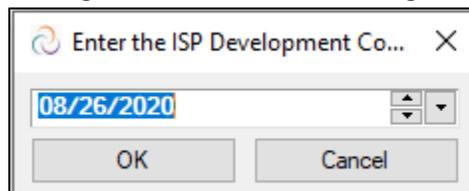
Once goals are added to the **ISP**, it is important to mark the plan as **Completed** with the client.

NOTE: The **ISP** will not be counted in reporting unless it is in a completed status. To **Complete** the **ISP**, follow the steps below:

1. At the top of the ISP page, click on the **Plan Development Completed** button.



2. A dialog box similar to the below image will appear:



3. Enter the date the **ISP** was completed with the client and click the **OK** button.
4. The ISP status will change from **Open** to **Completed**.

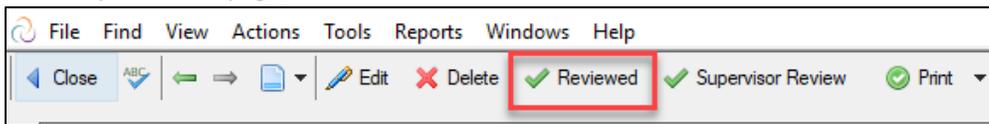
Reviewing the ISP

Once the **ISP** has been marked as **Completed**, the user can review the **ISP**.

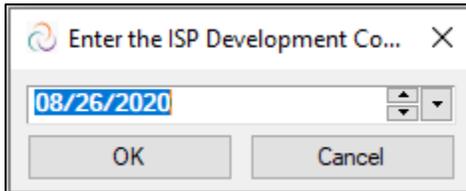
A user can mark an **ISP** as **Reviewed** to certify that they reviewed the **ISP** with the client and made implemented any necessary updates or adjustments.

To mark the **ISP** as **Reviewed**, follow the steps below:

1. At the top of the **ISP** page, click on the **Reviewed** button.



2. A dialog box similar to the below image will appear:



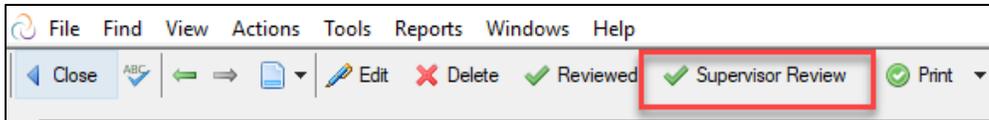
3. Enter the date the **ISP** was reviewed with the client and click the **OK** button
4. The ISP status will change from **Completed** to **Reviewed**.

Supervisor Review of the ISP

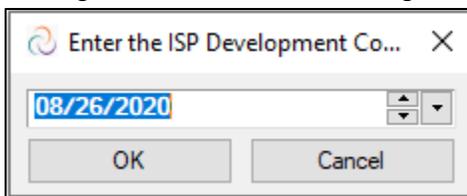
Once the **ISP** has been marked as Completed, the Supervisor will be available to document their review of the **ISP**. Only supervisors will be able to do a supervisor review.

To mark the **ISP** as having been reviewed by the supervisor, follow the steps below:

1. At the top of the **ISP** page, click on the **Supervisor Review** button.



2. A dialog box similar to the below image will appear:



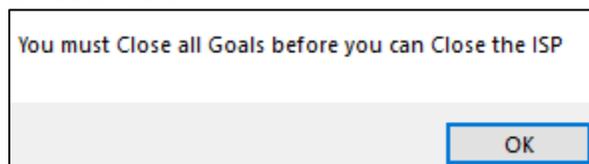
3. Enter the date the **ISP** was reviewed by the supervisor and click the **OK** button.

Closing the ISP

The **ISP** should only be closed when the client is being discharged from an agency's service and/or if the client is being transferred to another agency.

To close the **ISP**, follow the steps below:

1. At the top of the **ISP** page, click **Edit** and then click the **Close ISP** button
2. If a user has not closed any **ISP Goals**, a dialog box will appear that says, "You must Close all Goals before you can Close the ISP."



- When a user get this message, they need to click the **OK** button to return to the **ISP**.
 - Double click into each open **ISP Goal**.
 - Click on the **Edit** button and then click on the **Close ISP Goal** button. The goal will be closed and three additional fields will appear:
 - **Actual Resolution Date:** Enter the date the goal is being closed
 - **Outcome Measure:** Enter the reason the goal is being closed
 - **Outcome Comments:** Enter any comments relative to why the goal is being closed
3. Once all **ISP Goals** have been closed, click on the **Close ISP** button. Additional fields will appear on the **Summary** Tab of the **ISP**, including:
 - **Date Closed:** Enter the date the **ISP** is being closed
 - **Reason Closed:** Enter the reason the **ISP** is being closed
 4. When finished, click the **Close** button and then **Yes** to save changes

Updating the ISP

To update the **ISP** double click into the **ISP** and click the **Edit** button.

Printing the ISP

To print the **ISP**, click on the **Print** button.



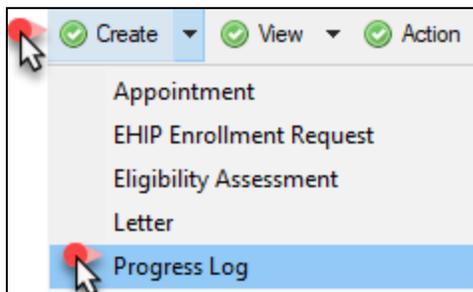
Select either:

- Print the **ISP** (print only open goals) or
- Print the **Entire Plan** (print all goals).

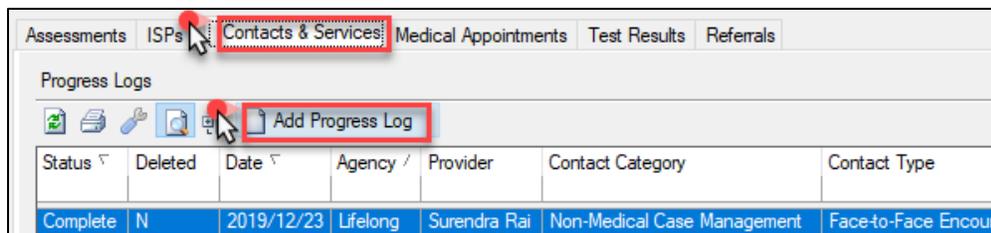
Progress Logs

The **Progress Log** is designed to capture the date and time and number of minutes that a provider spent working with or on behalf of a client. Notes of the encounter/effort should be documented. Below are 2 avenues a user can navigate down to create a **Progress Log**:

1. From **Client Profile** → click the green **Create** button > click on **Progress Log** (see image below).



2. From **Client Profile** > click **View** > **Case Management Summary** > navigate to the **Contacts & Services** Tab > click the **Add Progress Log** form (see image below).



Using either of the options above allow a user to create a **Progress Log**.

Anexo C (solo en inglés)

Progress Log :
Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/LL [08/26/2020]

Summary | Appointments | Labs | Referrals | Services

Status	* In Progress
Provider	* Kelse Kwaiser
Date	* 08/26/2020
Minutes	*
Contact Category	*
Contact Type	
Funding Source	
Service(s)	
Brief Description	*

The **Progress Log** form contains the following tabs:

- **Summary**
- **Appointments** (optional)
- **Labs** (optional)
- **Referrals** (optional)
- **Services** (optional)

Fill in the appropriate/required fields on the **Summary** Tab. It is **not** required, but a user may also add an appointment, lab result, or referral in their corresponding tabs.

Progress Log :
Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/LL [08/26/2020]

Summary | Appointments | Labs | Referrals | Services

Status	* In Progress
Provider	* Kelse Kwaiser
Date	* 08/26/2020
Minutes	*
Contact Category	*
Contact Type	
Funding Source	
Service(s)	
Brief Description	*
Full Description	

The **Contact Category** the user enters on the **Summary** Tab will determine whether a **Goals Addressed** Tab will populate in the **Progress Log**. The **Goals Addressed** Tab allows a user to select the **ISP Goals** addressed during this specific client encounter.

Anexo C (solo en inglés)

Progress Log :
Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/LL [08/26/2020]

Summary Appointments **Goals Addressed** Labs Referrals Services

ISP Goals Addressed

<	>
---	---

Marking Progress Logs as “Completed”

When finished completing the **Progress Log**, click on the green **Complete** button to complete the **Progress Log**.

Progress Logs

Status ▾	Deleted	Date ▾	Agency /	Provider	Contact Category	Contact Type
In Progress	N	2020/08/26	Lifelong	Kelse Kwaiser	Non-Medical Case Management	CARES - Non Medi
Complete	N	2020/08/26	Lifelong	Kelse Kwaiser	Medical Case Management	Collateral Contact
Complete	N	2019/12/23	Lifelong	Surendra Rai	Non-Medical Case Management	Face-to-Face Enco



Once a **Progress Log** is marked as “**Complete**”, a user cannot edit the **Progress Log**. If need be, a user can mark a “**Complete**” **Progress Log** as “**Deleted**”

Marking Progress Logs as “In Progress”

If a user does not have time to enter in all the required information in one sitting, they can save the **Progress Log** as “**In Progress**” so they can come back to it later. To save it as “**In Progress**” click on the Close **button** and then **Yes** to save changes. When a user wants to come back and complete the **Progress Log**, double click into the “**In Progress**” **Progress Log** and click on the Edit button.

Progress Logs

Status ▾	Deleted	Date ▾	Agency /	Provider	Contact Category	Contact Type
In Progress	N	2020/08/26	Lifelong	Kelse Kwaiser	Non-Medical Case Management	CARES - Non Medi
Complete	N	2020/08/26	Lifelong	Kelse Kwaiser	Medical Case Management	Collateral Contact
Complete	N	2019/12/23	Lifelong	Surendra Rai	Non-Medical Case Management	Face-to-Face Enco



It is important to complete each **Progress Log** – records that are not in a “**Completed**” status are not included in reports.

A user can see a list of all the “**In Progress**” Progress Logs at **View > PLWH Activity > Progress Logs in Progress**.

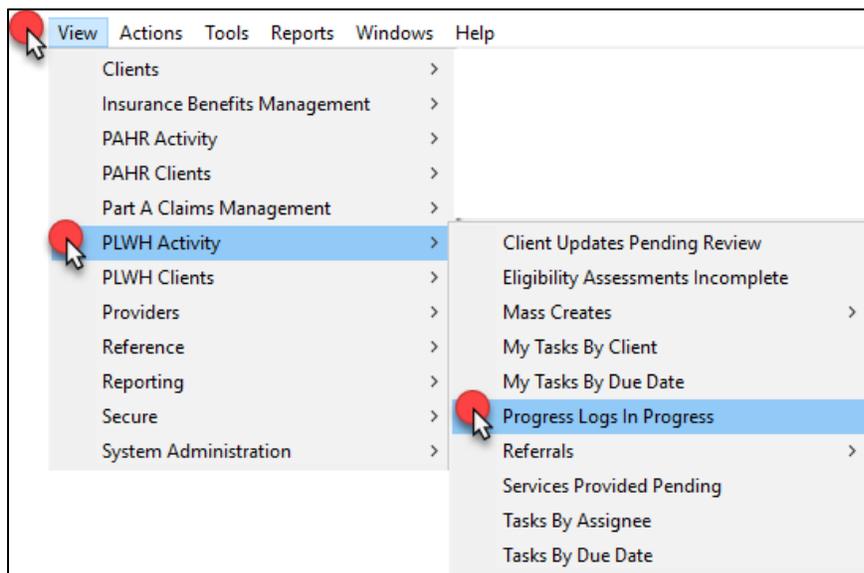
Mass Completing Progress Logs

If a user closes and saves a **Progress Log** without completing it, the **Progress Log** will be left in the “**In Progress**” status.



It is important to complete each **Progress Log** so they count in reports. There is a view in Provide where a user can see all of the “**In Progress**” Progress Logs. In this view, a user can also **mass complete** the “**In Progress**” Progress Logs. This is a time-saver and prevents a user from going back into each client profile individually to complete their Progress Log.

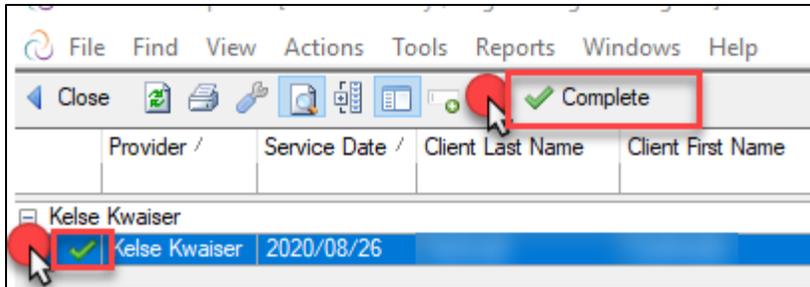
Navigate to **View > PLWH Activity > Progress Logs in Progress** to see a view similar to this:



File	Find	View	Actions	Tools	Reports	Windows	Help
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Close Complete </div>							
Provider /	Service Date /	Client Last Name	Client First Name				
Kelse Kwaiser							
Kelse Kwaiser	2020/08/26						

Click to the left of **Progress Log** records to mass select records. This action will place a green check mark next to each record the user wants to mark as **Completed** (see image below).

Anexo C (solo en inglés)



After mass selecting records to complete, click on the green **Complete** button. Provide will check through all selected records to confirm:

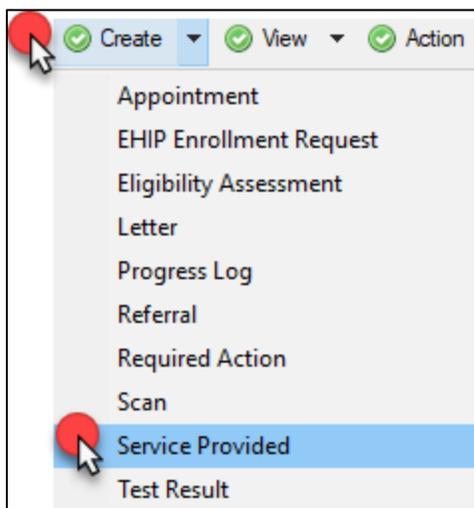
1. All the required fields (*) are entered on every record selected for closure.
2. The client is indeed eligible for the service documented in the Progress Log.

If the above checks out, the record will get completed and disappear from this view. If the above does not check out, the record will not be completed and remain **"In Progress"**.

Services Provided

Services Provided records document tangible services that a Case Manager provided to a client. Below are 2 avenues a user can navigate down to create a **Services Provided**:

1. **From Client Profile** → click the green **Create** button > click on **Services Provided** (see image below).



2. **From Client Profile** > click **View** > **Case Management Summary** > navigate to the **Contacts & Services Tab** > click the **Services Provided** form (see image below).

Anexo C (solo en inglés)



Using either of the 2 options above allow a user to create a **Services Provided**. Fill in the appropriate fields. Data entry fields will vary depending on the **Service Provided** entered.

The screenshot shows a detailed form for entering service information. At the top, there are buttons for 'Close', 'Complete', and 'Not Provided', along with a 'Link to Client Profile' icon. The form title is 'Service Provided : Cantinerita Aardvark (18871) Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/LL [08/26/2020]'. The 'Service Provided' field is highlighted with a red box. The form contains various fields for Status, Provider, Service Date, Service Category, Service Provided, Funding Source, Units of Service, Unit of Measure, Unit Cost of Service, Total Cost of Service, and Comments. The 'Status' field is set to 'Pending', the 'Provider' field is 'Kelse Kwaiser', and the 'Service Date' is '08/26/2020'. The 'Total Cost of Service' is '\$0.00'. There are also fields for 'Lifelong Service Comment', 'DSS', 'PDI File ID', and 'Notes'.

When finished, you can either mark the service as **“Completed”**, **“Pending”** or **“Not Provided”**.

Marking Service Provided as “Pending”

If a user does not have time to enter in all the required information in one sitting, they can save the **Service Provided** as **“Pending”** and come back to it later. To save it as **“Pending”**, click on the **Close** button and then **Yes** to save changes.



Anexo C (solo en inglés)

When a user wants to come back and complete the **Service Provided**, double click into the **“Pending” Service Provided** and click on the **Edit** button.



It is important for Case Manager’s to return and complete Service Provided. Services Provided must be in “Completed” status to get included in reports.

A user can view a list of all **“Pending” Services provided** by navigating to: **View > PAHR Activity > Services Provided Records Pending.**

Marking Service Provided as “Completed”

To mark the **Service Provided** as **“Completed”** and save changes, click on the **Complete** button.



Once a Service Provided is marked as “Completed” a user cannot edit the Service Provided. If need be, a user can mark a “Complete” Service Provided as “Deleted”

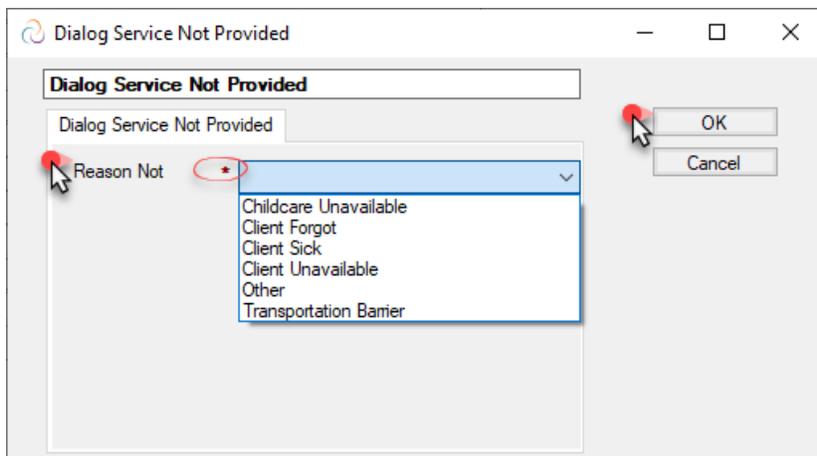
Marking Service Provided as “Not Provided”

Marking the **Service Provided** as **“Not Provided”** will allow the user to document a service that was not actually delivered but was planned.

To mark the **Service Provided** as **“Not Provided”** and save changes, click the **Not Provided** button.



Select the reason you are marking the service as **“Not Provided”** and click **OK**.



Mass Completing Services Provided

It is important to complete each **Service Provided** so they count on in reports. Instead of going into each client individually and completing their service provided record, a user can mass complete **Service Provided** records to save time.

Navigate to **View > PLWH Activity> Services Provided Pending** to see a view similar to this:

Provider /	Service Date /	Client Last Name	Client First Name
Kelse Kwaiser			
Kelse Kwaiser	2020/08/26		

Click to the left of the **Service Provided** records to mass select (select multiple) records. This action will place a green check mark next to each record the user wants to mark as **Completed** (see image below).

Provider /	Service Date /	Client Last Name	Client First Name
<input checked="" type="checkbox"/>	Kelse Kwaiser	2020/08/26	

After mass selecting records to complete, click on the green **Complete** button. Provide will check through all selected records to confirm:

1. All the required fields (*) are entered on every record selected for closure.
2. The client is indeed eligible for the service documented in the **Service Provided** form.

If the above checks out, the record will get completed and disappear from this view. If the above does not check out, the record will not be completed and remain in **“Pending”** status.

Appointment

This form is used to document scheduled, kept and missed appointments. It is useful to record appointments of all status (scheduled, kept, missed, etc.).

To create an Appointment, navigate from the **Client Profile > Case Management Summary View > Medical Appointments Tab > click the Add Appointment** form.

Anexo C (solo en inglés)

Date /	Status	Provider
2018/11/20	Kept	

Fill in the appropriate fields:

Appointment

Status: Scheduled

Type: Ambulatory Outpatient Medical Care

Provider Agency: [Empty]

Appointment With: [Empty]

Appointment Date: 08/26/2020

Appointment Start Time: [Empty]

When finished, click on the **Close** button and then **Yes** to save changes. A user can come back into an appointment at any time and click on the **Edit** button to update the status of the appointment.

Test Result

This tab documents information related to specific medical tests a client has been given. At a minimum, each the following Tests need to be documented when a client has them performed:

- CD4 Count
- Viral Load
- Syphilis Screening
- Hepatitis B Screening
- Hepatitis C Screening
- PAP Smear
- Other STI Screenings

To create a **Test Result**, navigate from the **Client Profile > Case Management Summary View > Test Results Tab >** click on the **Add Test Result** button.

Anexo C (solo en inglés)

Test /	Date ▾	Result
HIV 1 Viral Load		

Fill in fields as appropriate.

Test Name

Test Date: 08/26/2020

Test Result Status: Final

Test Result Modifier: =

Test Facility

Test Completed By

Entry Mode: Manual

Test Result Comments

When finished, click on the **Close** button and then **Yes** to save changes.

Referrals

To create an Internal or External **Referral**, navigate from the **Client Profile > Case Management Summary View > Referrals Tab > click on the Add Referral button.**

Status ▾	Deleted	Date ▾	Agency /	Referred By	Referral Type
Open	N	2020/08/13	Lfelong	Kelse Kwaiser	Other

Fill in the appropriate fields.

- **Referring Person** – This will default to the user entering the referral, but a different person can be selected
- **Referral Type** – Select if this is an internal or external referral (details below)
- **Referred To** – Select the agency client is being referred to
- **Referred for Service Type** – Select the service type
- **Referred to Assignee** – If there is a referred to assignee, select it here
- **Referred for Service Description** – Enter the description of the referral service
- **Date Check Back** – Enter the date to check back on the referral.
- **Require Consent** – Verify Informed Consent via verbal or physical

Internal Referrals	<p>Sent to another agency within the HIV Care Network, internal department or interagency group. If the agency receiving the referral does not currently have access to the client record, the referral submission will automatically generate an informed consent to the release the client to the referred agency for 30 days.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ This gives the agency enough time to review, work, and potentially open a Client Service Profile associated with the referral. ○ Opening a Client Service profile will keep the client chart open to the agency until the “HIV Care System” consent expires or until the agency closes their Client Service Profile.
---------------------------	--

Anexo C (solo en inglés)

	<ul style="list-style-type: none">The auto-generated Informed Consent is effective five months prior to the date the referral is submitted and lasting for 1 month after submitted
External Referrals	Sent to agencies or providers outside the HIV Care Network.

When finished filling in the required (*) fields, click on the **Submit** button to save changes and submit the referral.

Referrals Acknowledgement

Referrals are “**Acknowledged**” by the receiving agency by clicking on the **Acknowledge** button. **Acknowledging** the referral will inform the referring provider that the referral has been received.

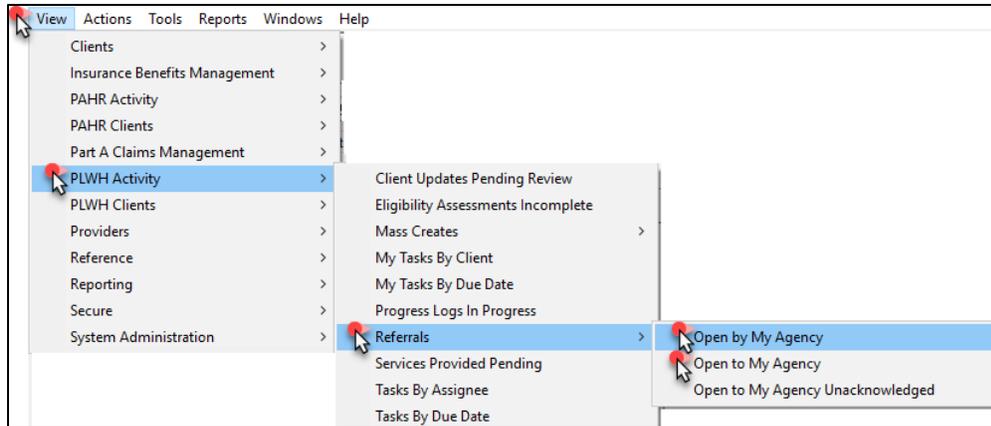
The screenshot shows the 'Provide Enterprise' application window. The title bar reads 'Provide Enterprise - [Referral For ...]'. The menu bar includes 'File', 'Find', 'View', 'Actions', 'Tools', 'Reports', 'Windows', and 'Help'. The toolbar contains buttons for 'Close', 'Delete', 'Link to Client Profile', 'Acknowledge', 'Close', and 'Change Assignee'. The 'Acknowledge' button, which has a green checkmark icon, is highlighted with a red rectangular box. Below the toolbar, the main content area displays a referral record with the following details:

Referral : Lifelong - Client Services : Kelse Kwaiser/data [08/13/2020]	
Referral	
Referral Status	* Open
Referring Person	* Kelse Kwaiser
Referral Date	* 08/13/2020
Eligibility Date Expire	01/31/2020
Referred Type	* Internal
Referred To	* Lifelong
Referred for Service Type	* Other
Referred To Assignee	Chris Wukasch
Referred for Service Description	I am describing this right now in real time.

When a referral is **completed**, the agency receiving the referral will receive an email regarding the referral.

Referrals can be viewed by navigating to **View > PLWH Activity > Referrals views**.

Anexo C (solo en inglés)



To view referrals, select one of the three options:

- Open **by** My Agency
- Open **to** My Agency
- Open **to** My Agency **Unacknowledged**

Once in the desired view, double click any referral record to open the record.

The screenshot shows a software window with the following title bar: Provide Enterprise - [PLWH Activity\Referrals\Open to My Agency Unacknowledged]. The window contains a table with the following data:

Referral Date /	Internal/External?	Referring Person	Service Requested	Assignee	Client ID	First Name	Last Name
2020/08/13	Internal	Kelse Kwaiser	Other	Chris Wukasch	18871		
2020/08/26	Internal	Kelse Kwaiser	Oral Health Care	Kelse Kwaiser	18871		



Once a referral is opened by the receiving agency, it cannot be edited by the sending agency.