



Políticas Clínicas de Salud Conductual de Medicaid

Temas a tratar:

Metas SMART + objetivos

Terapia individual + grupal

Requisitos de documentación

Mejores prácticas

Necesidad médica

Evaluaciones

Desarrollo del plan de tratamiento

Revisión del plan de tratamiento

Necesidad médica

Medicamento necesario o necesidad médica

La atención médica o servicios auxiliares, bienes o servicios proporcionados o prescritos deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad significativa, o aliviar un dolor intenso.
 - Este requisito se aplica únicamente a los beneficiarios de 21 años de edad o mayores.
- Ser individualizados, específicos y consistentes con los síntomas o con el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión bajo tratamiento, y no exceder las necesidades del paciente.
- Ser consistentes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados según lo determinado por el programa Medicaid, y no ser de carácter experimental o de investigación.
- Corresponder al nivel de servicio que pueda prestarse de manera segura y para el cual no exista en todo el estado un tratamiento igualmente eficaz, más conservador o de menor costo disponible.
- Ser proporcionados de una manera que no esté destinada principalmente a la conveniencia del beneficiario, del cuidador del beneficiario o del proveedor.

El hecho de que un proveedor haya prescrito, recomendado o aprobado atención médica o servicios auxiliares, bienes o servicios no convierte, por sí solo, dicha atención, bienes o servicios en medicamentos necesarios, en una necesidad médica o en un servicio cubierto.

Regla 59G-1.010: Definiciones (vigente desde el 17/6/2024)

Breve Examen del Estado de Salud Conductual-H2010 HO

Los exámenes breves del estado de salud conductual consisten en entrevistas clínicas, psiquiátricas, diagnósticas o evaluativas breves para evaluar la estabilidad conductual o el estado del tratamiento. Se requiere un examen antes de la elaboración del plan de tratamiento de un beneficiario.

Los exámenes breves del estado de salud conductual deben proporcionar información sobre lo siguiente:

- Formulación diagnóstica
- Estado de salud mental
- Propósito del examen
- Resumen de los hallazgos

- Recomendaciones o plan de tratamiento

Los exámenes breves del estado de salud conductual no son requeridos antes de la elaboración del plan de tratamiento de un beneficiario cuando se haya completado una evaluación biopsicosocial o una evaluación exhaustiva durante los seis meses anteriores.

- Proveedores elegibles:
 - Profesionales licenciados de acuerdo con los capítulos 458 o 459, Estatutos de Florida
 - Enfermeras de práctica avanzada registrados en psiquiatría (APRN) con licencia de conformidad con el Capítulo 464 de los Estatutos de Florida
 - Profesionales licenciados de acuerdo con los capítulos 490 o 491, Estatutos de Florida
 - Profesionales certificados en adicciones a nivel de maestría (PCAM)
- No reembolsable el mismo día en que se haya completado una evaluación psiquiátrica, biopsicosocial o profunda

Regla 59G-4.028: Servicios de Evaluación de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

Evaluación en profundidad-H0031 (HO/TS) y H0001 (HO/TS)

Las evaluaciones exhaustivas recopilan información para establecer o respaldar un diagnóstico, proporcionar la base para desarrollar o modificar un plan de tratamiento y desarrollar los criterios de alta.

Las evaluaciones exhaustivas para pacientes nuevos deben administrarse a los beneficiarios por una de las siguientes razones:

- Otro tipo de evaluación es insuficiente para proporcionar una valoración integral para la planificación del tratamiento.
- El beneficiario presenta un alto riesgo.

Las evaluaciones exhaustivas para pacientes establecidos deben administrarse a los beneficiarios por una de las siguientes razones:

- El beneficiario ha recibido tratamiento ambulatorio sin obtener resultados satisfactorios y puede requerir servicios más intensivos.
- El beneficiario se identifica como un usuario frecuente de servicios de salud conductual.

- Proveedores elegibles
 - Igual que un breve examen del estado de salud conductual, PLUS
 - Profesionales certificados en adicciones (PCA)
 - Practicantes de nivel de maestría
- No reembolsable el mismo día de la evaluación biopsicosocial

Evaluación en profundidad-H0031 (HO/TS) y H0001 (HO/TS)

Las evaluaciones exhaustivas para beneficiarios de siete años de edad o mayores deben proporcionar información sobre lo siguiente:

- Historial de tratamiento, que incluye lo siguiente:
 - Tratamiento de atención aguda
 - Servicios y objetivos deseados desde la perspectiva del beneficiario
 - Tratamiento de salud conductual en hospitalización
 - Exámenes del estado de salud mental
 - Información sobre tratamiento psiquiátrico y medicamentos psicotrópicos
 - Terapia y consejería
 - Recomendaciones o planes de tratamiento
- Historia personal, que incluye lo siguiente:
 - Consumo de alcohol y otras drogas
 - Evaluación educativa
 - Información de identificación
 - Participación o antecedentes legales
 - Información médica
 - Recursos y fortalezas
 - Experiencias traumáticas
- Percepción del beneficiario sobre sus problemas, necesidades o síntomas



Las evaluaciones exhaustivas para beneficiarios menores de siete años de edad deben incluir lo siguiente:

- Entrevista clínica con el cuidador principal y observación del cuidador y del beneficiario
- Historial del desarrollo y médico, que incluye lo siguiente:
 - Hitos del desarrollo
 - Historial del embarazo y parto de la madre
 - Condiciones médicas pasadas y actuales
- Funcionamiento familiar, patrones culturales y de comunicación, y condiciones ambientales actuales y factores estresantes
- Historial psicosocial y médico familiar
- Observación y evaluación del funcionamiento afectivo, del lenguaje, cognitivo, motor, sensorial, de autocuidado y social del beneficiario
- Síntomas y comportamientos presentados

Las evaluaciones exhaustivas requieren la elaboración de un resumen integrado que evalúe la información recopilada del historial y de la evaluación, y proporcione lo siguiente:

- Diagnóstico
- Criterios de alta
- Evaluación de la eficacia de intervenciones anteriores
- Necesidades de servicios

Regla 59G-4.028: Servicios de Evaluación de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

Evaluación Bio-Psicosocial-H0031 HN y H0001 HN

Las evaluaciones biopsicosociales describen los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la necesidad de servicios del beneficiario e incluyen exámenes breves del estado de salud mental y recomendaciones preliminares de servicios.

Las evaluaciones biopsicosociales deben proporcionar información sobre lo siguiente:

- Factores biológicos
- Impresiones diagnósticas
- Exámenes del estado de salud mental
- Problemas presentados
- Factores psicológicos
- Factores sociales
- Resumen de los hallazgos
- Recomendaciones o planes de tratamiento

Los profesionales con grado de maestría, los profesionales certificados en adiciones de nivel licenciatura o los profesionales tratantes deben revisar las evaluaciones biopsicosociales realizadas por profesionales con grado de licenciatura e incluir una declaración en la que concuerden con los hallazgos o proporcionen recomendaciones alternativas.

Regla 59G-4.028: Servicios de Evaluación de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

- No reembolsable el mismo día que una evaluación en profundidad
- No reembolsable después de que se haya completado una evaluación en profundidad
 - A MENOS que haya un cambio documentado en el estado del receptor y se deba recopilar información adicional para modificar el plan de tratamiento
- Proveedores elegibles
 - Igual que la evaluación en profundidad, PLUS
 - Practicantes de nivel de licenciatura

Desarrollo del plan de tratamiento-H0032 y T1007

Los planes de tratamiento incluyen cronogramas de servicios individualizados, estructurados y orientados a objetivos, con metas medibles que promueven la máxima reducción de la discapacidad del beneficiario y su restauración al mejor nivel funcional posible. Los planes deben abordar los diagnósticos primarios y secundarios del beneficiario y ser consistentes con las evaluaciones realizadas.

Los equipos de tratamiento centrados en el beneficiario deben desarrollar planes de tratamiento que sean consistentes con las fortalezas, capacidades, necesidades y preferencias identificadas del beneficiario.

Los planes de tratamiento deben incluir lo siguiente:

- Cantidad, frecuencia y duración de cada servicio durante el período de seis meses del plan de tratamiento.
 - Los proveedores no pueden especificar que los servicios serán proporcionados “según sea necesario” ni dentro de un rango de fechas determinado.
- Firma con la fecha del beneficiario o del tutor del beneficiario si este es menor de 18 años de edad.
- Diagnósticos consistentes con las evaluaciones.
- Criterios de alta.
- Objetivos individualizados basados en las fortalezas del beneficiario y apropiados para cada beneficiario.
- Lista de servicios que se proporcionarán.
- Objetivos medibles con fechas previstas de cumplimiento establecidas para cada meta.
- Declaración del profesional tratante indicando que los servicios son médicamente necesarios.
- Firmas de los miembros del equipo de tratamiento.

Los planes de tratamiento entran en vigor en la fecha de la firma del profesional tratante. Medicaid de Florida reembolsa los servicios proporcionados dentro de los 45 días posteriores a la firma.

Los proveedores pueden utilizar adendas para modificar los planes de tratamiento cuando no se hayan producido cambios significativos. Las adendas pueden agregar o modificar servicios y deben estar firmadas por el profesional tratante y el beneficiario.

- Servicios de ejemplo:
 - Terapia individual (H2019 HR)
 - Duración: 1 hora
 - Frecuencia: 2 veces al mes
 - Terapia de grupo (HQ H2019)
 - Duración: 1 hora
 - Frecuencia: una vez por semana
 - Revisión del plan de tratamiento (H0032 TS)
 - Duración: 1 hora
 - Frecuencia: una vez por plan de tratamiento

Regla 59G-4.028: Servicios de Evaluación de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

Revisión del plan de tratamiento - H0032 TS y T1007 TS

Las revisiones del plan de tratamiento se realizan cada seis meses, o cuando ocurren cambios significativos, y consisten en que el equipo de tratamiento y el beneficiario revisen las metas, objetivos y servicios para determinar si continúan siendo adecuados para las necesidades y el progreso del beneficiario.

Las revisiones del plan de tratamiento deben incluir lo siguiente:

- Firma con la fecha del beneficiario o del tutor del beneficiario, si el beneficiario es menor de 18 años de edad.

- Diagnóstico y justificación de los cambios en el diagnóstico.
- Hallazgos.
- Progreso del beneficiario hacia el cumplimiento de las metas, objetivos y criterios de alta individualizados.
- Recomendaciones.
- Firmas de los miembros del equipo de tratamiento.
- Declaración del profesional tratante indicando que los servicios son médicamente necesarios.
- Actualizaciones del plan de cuidados posteriores al alta.

Los equipos de tratamiento deben documentar las actividades realizadas, las anotaciones de las discusiones, los hallazgos, las conclusiones y las modificaciones efectuadas. Si un beneficiario no cumple con las metas del tratamiento, el equipo de tratamiento debe proporcionar una justificación si decide no realizar cambios en el plan de tratamiento.

Metas y objetivos SMART



Metas y objetivos SMART

Ejemplos:

- "Practicaré meditación guiada durante cinco minutos, cinco días a la semana durante los próximos 3 meses".
- "Practicaré activamente la socialización en al menos un entorno nuevo cada semana durante el próximo mes".
- "Llevaré un diario todos los días durante las próximas 6 semanas para ayudar a procesar mis emociones e identificar los desencadenantes relacionados con la ansiedad".
- "Reduciré la frecuencia de los ataques de ansiedad de 3 por semana a 1 por semana en 2 meses".
- "Reduciré los sentimientos de desesperanza de 7 a 5 en una escala de 10 dentro de 2 meses".
- "Reduciré los pensamientos intrusivos y los flashbacks en un 50% en 3 meses".

Terapia - Individual (H2019 HR) y Grupal (H2019 HQ)

Terapia individual y familiar

Los servicios de terapia individual y familiar pueden incluir al beneficiario, a la familia del beneficiario o una combinación de ambos. Cuando el beneficiario no esté presente, los servicios deben centrarse siempre en el beneficiario.

Los beneficiarios que residan en un centro de enfermería, cuyo servicio sea reembolsado con base en una tarifa diaria, pueden recibir servicios de terapia individual y familiar reembolsados bajo este beneficio.

Terapia grupal

Los servicios de terapia grupal proporcionados a individuos y sus familias pueden incluir lo siguiente, además de la terapia:

- Educación relacionada con los problemas de salud conductual del beneficiario.
- Intercambio de información clínica.
- Orientación sobre cómo ayudar al beneficiario.

Los grupos pueden incluir participantes que no sean elegibles para Medicaid y deben estar compuestos por entre dos y quince participantes.

Quién puede proporcionar los servicios

Todos los proveedores que prestan servicios de terapia de salud conductual deben estar empleados o contratados por una agencia comunitaria de salud conductual.

- Profesionales con licencia de conformidad con los Capítulos 458 o 459 de los Estatutos de Florida.
- Enfermeras de práctica avanzada registradas en psiquiatría con licencia de conformidad con el Capítulo 464 de los Estatutos de Florida.

Los siguientes proveedores pueden prestar servicios de terapia individual y grupal:

- Profesionales con licencia de conformidad con los Capítulos 490 o 491 de los Estatutos de Florida.
- Profesionales certificados en adicciones con grado de maestría.
- Profesionales con grado de maestría.

Los siguientes proveedores pueden prestar únicamente servicios de terapia grupal:

- Profesionales con grado de licenciatura.
- Profesionales certificados en adicciones.

Los siguientes proveedores pueden prestar únicamente servicios breves de terapia médica grupal:

- Enfermeras psiquiátricas con licencia de conformidad con el Capítulo 464 de los Estatutos de Florida.

Regla 59G-4.052: Servicios de Terapia de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

Terapia - Individual (H2019 HR) y Grupal (H2019 HQ)

Criterios específicos de servicios no cubiertos

Medicaid de Florida no cubre los siguientes servicios como parte de este beneficio:

- Servicios de análisis conductual.
- Servicios de coordinación de casos.
- Programas de cuidado infantil por retrasos en el desarrollo, programas preescolares o de enriquecimiento.
- Interacciones no relacionadas con la terapia (ej.: socialización).
- Servicios para un beneficiario que recibe cualquier servicio residencial o institucional financiado por Medicaid de Florida las 24 horas del día.
- Servicios para un beneficiario que reside en una institución para enfermedades mentales.
- Servicios proporcionados a un beneficiario el día de admisión al Programa Psiquiátrico Estatal de Internamiento (PPEI); sin embargo, los servicios comunitarios de salud conductual son reembolsables el día del alta.
- Servicios prestados a personas institucionalizadas según se define en el título 42 del Código de Regulaciones Federales 435.1009.
- Tiempo de traslado o viaje.

Criterios generales

Para obtener información sobre los requisitos generales de documentación, consulte las Políticas Generales de Medicaid de Florida sobre mantenimiento de registros y documentación.

Criterios específicos

Los proveedores deben mantener la siguiente documentación en el expediente del beneficiario:

- Notas de progreso diarias que documenten cada servicio prestado.
- Documentación de los servicios aprobados en el plan de tratamiento desarrollado y mantenido de conformidad con la Regla 59G-4.028 del Código Administrativo de Florida.

Las políticas generales de Medicaid de Florida sobre mantenimiento de registros y documentación se abordan en detalle en la siguiente diapositiva.

Regla 59G-4.052: Servicios de Terapia de Salud Conductual (vigente desde el 28/11/2019)

Requisitos de documentación

- (1) Esta regla se aplica a los proveedores que prestan servicios de Medicaid de Florida a los beneficiarios.
- (2) Requisitos de documentación
- (a) Todos los proveedores de Medicaid de Florida deben:
1. Asegurar que los expedientes médicos establezcan la necesidad médica de los servicios proporcionados y el alcance de dichos servicios.
 2. Firmar y colocar la fecha a cada expediente médico dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha y hora del servicio, o autenticar el expediente mediante firma, iniciales escritas o registro electrónico en computadora. Las firmas electrónicas están permitidas según lo definido en el Capítulo 668, Parte I, de los Estatutos de Florida.
 3. Colocar sus iniciales en las firmas realizadas mediante sello de goma.
- (b) A menos que se especifique lo contrario en las políticas de cobertura de Medicaid de Florida, los proveedores deben documentar la siguiente información para cada visita o encuentro de servicio con un beneficiario de Medicaid de Florida:
1. Motivo principal de la visita.
 2. Fecha(s) del servicio.
 3. Descripción de los servicios prestados (según corresponda).
 4. Diagnóstico.
 5. Pruebas diagnósticas y resultados (según corresponda).
 6. Historial y evaluación física (según corresponda).
 7. Medicamentos y suministros prescritos o proporcionados (según corresponda).
 8. Informes de progreso.
 9. Referencias o derivaciones a otros servicios (según corresponda).
 10. Frecuencia programada de seguimiento u otros servicios (según corresponda).
 11. Plan de tratamiento (según corresponda).
- (3) Registros electrónicos
- (a) Los proveedores que crean o mantienen registros electrónicos deben desarrollar e implementar una política de registros electrónicos para cumplir con las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables, con el fin de garantizar la validez y seguridad de dichos registros. Las políticas de registros electrónicos deben abordar las salvaguardas técnicas requeridas por el título 45 del Código de Regulaciones Federales, sección 164.312, cuando corresponda.
- (b) Los proveedores que mantienen registros electrónicos deben tener la capacidad de producir dichos registros en formato impreso dentro de un plazo razonable, cuando así lo solicite la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA).
- (4) Requisitos de conservación de registros. Los proveedores deben conservar todos los registros comerciales, registros relacionados con la atención médica y expedientes médicos, según se definen en la Regla 59G-1.010 del Código Administrativo de Florida, de acuerdo con los requisitos que se especifican a continuación, según corresponda:
- (a) Los proveedores pueden mantener registros en papel, material magnético, película u otros medios, incluido el almacenamiento electrónico, excepto cuando la ley o los requisitos de Medicaid de Florida dispongan lo contrario. Todos los registros deben ser accesibles, legibles y comprensibles.
- (b) Los proveedores deben conservar todos los registros relacionados con los servicios prestados a los beneficiarios de Medicaid de Florida durante un período mínimo de cinco años a partir de la fecha del servicio. Los proveedores que atienden exclusivamente casos de cruce con Medicare deben conservar los registros de servicios de atención médica durante seis años.

Regla 59G-1.054: Requisitos de documentación y registros (vigente desde el 8/5/2017)

Mejores prácticas – Coordinación de la atención



- **Coordinación de cuidados:** el intercambio intencional de información entre dos o más participantes que participan en la atención del miembro para facilitar la prestación adecuada de servicios de atención médica.
 - La coordinación de la atención consiste en todo aquello que salva las distancias en la recuperación.
- La coordinación de la atención ayuda en el desarrollo de una planificación integral del tratamiento que conduce a una titulación del servicio o referencias más apropiadas
 - El seguimiento de las derivaciones y otras recomendaciones debe documentarse claramente.
- La coordinación de la atención incluye a varias personas en el equipo de tratamiento:
 - Proveedores de salud conductual (ej.: terapeutas, psiquiatras, profesionales de ABA)
 - Proveedores de salud física (ej.: PCP, neurólogos)
 - Servicios de atención especializada (ej.: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia)
 - Apoyos educativos y comunitarios (ej.: personal escolar, líderes religiosos, mentores)
 - Miembros de la familia (ej.: padre, hermano, cónyuge u otra pareja)

Para obtener más información, visite: SunshineHealth.com/pic

Mejores prácticas – Coordinación de la atención

- Solicitar y revisar los historiales de los proveedores anteriores o actuales para alinear la atención y las necesidades del miembro
- La divulgación de información debe firmarla el miembro/tutor antes de cualquier contacto
 - Documente cualquier declinación para firmar la divulgación de información
 - Documente cualquier intento fallido de divulgación
- El método de coordinación de la atención (teléfono, fax, correo electrónico, reunión) se basa en las necesidades de los miembros
- ¿Qué podría suceder si la coordinación de la atención médica NO ocurre?
 - Varios proveedores pueden estar tratando diferentes diagnósticos o presentando problemas
 - Múltiples planes de tratamiento con objetivos contrapuestos pueden complicar o impedir el proceso de tratamiento.
 - Pueden duplicarse los esfuerzos y los servicios prestados
 - Los síntomas pueden agravarse



Mejores prácticas – Titulación de servicios



- **Titulación de servicios:** disminuir la frecuencia y duración de los servicios para que coincidan con la presentación clínica, el progreso, la línea de base y los apoyos del miembro
 - *Ej.: disminuir los servicios de 4 veces al mes (o una vez a la semana) a 2 veces al mes*
- Los servicios también se pueden ajustar para aumentar la frecuencia y la duración si los síntomas empeoran, siempre que la documentación respalde la necesidad médica
 - En este momento, se deben considerar las derivaciones para servicios nuevos o adicionales y niveles más altos de atención
- La titulación debe realizarse lentamente durante la recuperación para evitar sentimientos de abandono o empeoramiento de los síntomas, así como para potenciar el uso de las habilidades aprendidas
- ¿Por qué es importante la titulación de servicios?
 - Promueve la independencia y el trabajo hacia un funcionamiento independiente efectivo
 - Puede ayudar a los miembros a identificar sus sistemas de apoyo naturales
 - Ayuda a garantizar que el tratamiento sea individualizado para satisfacer las necesidades de los miembros
 - Desalienta los apegos poco saludables o la dependencia de los proveedores de tratamiento.

Mejores prácticas – Planificación del alta



- La planificación del alta no es un hecho aislado
 - El alta debe discutirse abiertamente con los miembros al inicio y durante todo el tratamiento
- La planificación del alta requiere la colaboración de todo el equipo de tratamiento, incluidos los proveedores, los miembros, sus familias y apoyos adicionales
 - La valoración de los servicios también ayuda a identificar cuándo es apropiado el alta
- El plan de alta debe redactarse con claridad y contar con la aprobación del miembro
- El alta debe ocurrir cuando:
 - Se han abordado todos los objetivos y necesidades del tratamiento
 - El miembro ha alcanzado su línea de base
 - El miembro ha alcanzado el beneficio máximo de servicios para el nivel actual de atención

Mejores prácticas – Planificación del alta

- Recomendar posibles derivaciones para conectar al miembro con los apoyos naturales antes del alta para permitir la práctica utilizando los siguientes servicios:
 - AA/NA y patrocinadores
 - Centros de mayores o de relevo
 - Programas de empleo
 - Apoyos espirituales o religiosos
 - Mentores comunitarios o especialistas en apoyo mutuo
 - Grupos deportivos o de aficiones
 - Apoyos en línea (ej.: aplicaciones, grupos en línea)



¿Preguntas?
