

**CONSEJO ASESOR DE SALUD CONDUCTUAL**  
**Reunión del Comité Ejecutivo**  
**Lunes 14 de junio de 2021, 13:00 – 14:30**  
**REUNIÓN VIRTUAL VÍA ZOOM**

**Participación en Zoom**

La siguiente información a la que se hace referencia a continuación se le proporciona en apoyo de su asistencia a la próxima reunión del Comité Ejecutivo de BHAB a través de Zoom:

**Únase a la reunión por Zoom de la siguiente manera:**

*Únase a la reunión de Zoom:*

<https://us02web.zoom.us/j/81014411236?pwd=KzJwU2phdVlxZkt4akJjaiUwVGRDOT09>

*ID de reunión: 810 1441 1236*

*Contraseña: 785009*

*Acceso telefónico: 669-900-9128*

**agenda**

- I. Llamada al orden
- II. Lista nominal de los miembros del Comité Ejecutivo para determinar un quórum
- III. Aprobación de la Agenda – **ACCIÓN** (Nominal)
- IV. Aprobación del Acta del 10 de mayo de 2021 – **ACCIÓN** (Votación nominal)
- V. Bienvenida e Introducciones
- VI. Comentarios del público (3 minutos por orador)
- VII. Comentarios y anuncios del Presidente (5 min.)
- VIII. Actualizaciones del Director – Dr. Sevet Johnson (10 min.)
- IX. Comentarios y anuncios de los miembros del Comité Ejecutivo (10 min.)
- X. Informe del Secretario (Este punto se aplaza hasta después de la próxima elección.)
- XI. Viejos negocios
  - A. VCBH Respuesta a las brechas identificadas en la actualización de solicitudes de datos de servicio – Dr. Sevet Johnson (5 min.)
  - B. Nombrar Presidente del Grupo de Trabajo de Elementos de Datos - Jerry Harris - **ACCIÓN** (Roll Call) (5 min.)
  - C. Estado/Recomendación del Grupo de Trabajo Especialista de Pares - Jerry Harris – **ACCIÓN** (Roll Call) (5 min.)
  - D. Solicitud para establecer el presupuesto de BHAB - Ratan Bhavnani (10 min.)
  - E. Discusión de mejores prácticas de interpretación de idiomas (10 min.)
- XII. Nuevos Negocios
  - A. Evaluar la reunión de la Junta General de mayo para identificar la necesidad de mejora (10 min.)
  - B. Nuevo proceso para comentarios públicos – Dr. Sevet Johnson y Jerry Harris (10 min.)
  - C. Transición a nuevos oficiales – Discusión – Jerry Harris (10 min.)
  - D. Presentación a la Junta de Supervisores – 22 de junio (Hora segura: 1:00 PM) - Jerry Harris (5 min.)
  - E. Revisión de los estatutos de BHAB - Discusión

Los miembros del público que hacen presentaciones orales a la Junta en relación con uno o más temas del programa o no relacionados con el programa en una sola reunión están limitados a un tiempo total acumulado que no excederá de (5) minutos para todas sus presentaciones orales en dicha reunión, a menos que se disponga otra cosa. Los comentarios públicos sobre los puntos de la agenda deben hacerse antes de las deliberaciones de los miembros de la junta sobre los temas de la agenda. Todo el período de comentarios públicos está limitado a no más de (20) minutos en total para todos los oradores. NOTA: El Presidente podrá limitar el número o la duración de los oradores sobre un asunto. Yon cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si necesita asistencia especial para participar en esta reunión, comuníquese con la Administración de Salud conductual al (805) 981-6830. La notificación con una antelación razonable de la necesidad de adaptación antes de la reunión (es preferible un aviso con 48 horas de antelación) nos permitirá hacer arreglos razonables para garantizar la accesibilidad a esta reunión.

- F. Recomendaciones del MHB del Condado de Alameda para reducir la población de reclusos con enfermedades mentales - Discusión - Jerry Harris (10 min.)
  - G. San Francisco Behavioral Health Bed Optimization Project - Discusión - Jerry Harris (10 min.)
  - H. Solicitudes de presentación
  - I. Recomendaciones del Premio de Reconocimiento
- XIII. Desarrollar agenda para la Asamblea General Virtual programada para el 21 de junio de 2021 a la 1:00 PM
- A. *Reconocimientos: Mary Haffner, Elizabeth S. Stone*
  - B. *Presentación: "Resultados de la Encuesta del Programa de Bienestar Escolar" - Soledad Barragán (10 min.)*
  - C. *Viejo negocio*
    - 1. *VCBH Respuesta a las brechas identificadas en la actualización de la solicitud de datos de servicio – Dr. Sevet Johnson (5 min.)*
    - 2. *Confirmar nombramiento del Presidente del Grupo de Trabajo de Elementos de Datos - Jerry Harris – ACCIÓN (Roll Call) (5 min.)*
    - 3. *Peer Specialist Workgroup Status/Recomendación - Jerry Harris – ACCIÓN (Roll Call) (5 min.)*
    - 4. *Solicitud para establecer el presupuesto de BHAB - Ratan Bhavnani - ACCIÓN (Pase de lista) (10 min.)*
    - 5. *Adoptar las mejores prácticas de interpretación lingüística - Claudia Armann y Genevieve Flores-Haro – ACCIÓN (Roll Call) (10 min.)*
  - D. *Nuevos negocios*
    - 1. *Elección de Oficiales para el Año Fiscal 2021-22 - Comité de Nominaciones - (15 min.) ACCIÓN (votación nominal)*
    - 2. *Informes del Comité BHAB (sigue al informe del Secretario como punto separado del orden del día)*
      - a) *Comité de Jóvenes en Edad De Transición (TAY) – Joe S. Ramírez, Presidente*
      - b) *Servicios para jóvenes y familias – Kevin Clerici, Presidente*
    - 3. *Transición del Grupo de Trabajo de Reducción de Disparidades al Comité BHAB – Gane Brooking y Marlen Torres – ACCIÓN (Roll Call) (15 min.)*
    - 4. *Cambios en los procedimientos de respuesta del oficial del Equipo de Intervención en Crisis (CIT) - Jennifer Morrison (10 min.)*
    - 5. *Recomendaciones de la Junta de Salud Mental del Condado de Alameda para reducir la población de reclusos con enfermedades mentales - Discusión - Jerry Harris (10 min.)*
    - 6. *San Francisco Behavioral Health Bed Optimization Project - Discusión - Jerry Harris (10 min.)*
    - 7. *Solicitudes de presentación*
    - 8. *Recomendaciones del Premio de Reconocimiento*

XIV. Comentarios del público (3 minutos por orador)

XV. Aplazamiento

Próxima reunión: July 12, 2021

**Todos los informes de la agenda y los datos de apoyo, incluidos los presentados de acuerdo con la Sección 54957.5 (b) (1) y (2) del Código de Gobierno están disponibles en el Asistente de la Junta Asesora de Salud conductual en [bhabadmin@ventura.org](mailto:bhabadmin@ventura.org) o en persona en Ventura County Behavioral Health, 2nd Floor, 1911 Williams Drive, Oxnard, California. Los mismos materiales estarán disponibles y se adjuntarán con cada tema del programa asociado, cuando se reciban, en el siguiente sitio web: [www.vcbh.org/en/behavioral-health-advisory-board-meetings](http://www.vcbh.org/en/behavioral-health-advisory-board-meetings).**

Bienvenido a la reunión de la Junta Asesora de Salud Conductual del Condado de Ventura. Se proporciona la siguiente información para ayudarle a comprender, seguir y participar en la reunión de la Junta:

Únase a la reunión de Zoom haciendo clic en el enlace proporcionado en la agenda a la hora y fecha programadas. Zoom comenzará inicialmente con una **sala de espera**: se le admitirá en la sala de reuniones cuando comience la reunión. Todos los participantes son silenciados al entrar para minimizar cualquier interrupción involuntaria de los sonidos de fondo. Por favor, manténgase en silencio a menos que esté hablando.

Nota: La reunión queda registrada.

### **Comentarios del público**

- La Junta Asesora de Salud Conductual (BHAB, por sus) da la bienvenida a los comentarios de la comunidad, los consumidores y los miembros de la familia.
- El BHAB opera bajo la Ley Brown. Esto requiere que todas las reuniones sean sesiones abiertas, con el orden del día y las actas publicadas. Se proporcionará un período de comentarios públicos en todas las agendas de las reuniones.
- Debido a las leyes de confidencialidad, la Junta no puede responder directamente a un comentario público o discutir cuestiones específicas del cliente sin las debidas liberaciones de las personas interesadas.
- En todas las reuniones de BHAB, el Asistente de BHAB proporciona un Formulario de quejas para las personas que tienen inquietudes. El formulario es revisado rápidamente por VCBH Quality Management. Las personas también pueden comunicarse con el Asistente de BHAB para solicitar un Formulario de quejas de VCBH fuera de una reunión de BHAB o llamar al 1-888-567-2122.
- Las personas que tienen más preocupaciones son bienvenidas a regresar al BHAB para obtener asistencia.

**Los comentarios del público se pueden proporcionar utilizando una de las siguientes opciones:**

**Enviar por correo electrónico o enviar comentarios públicos por correo antes de la reunión**

Para hacer un comentario público, debe enviar un correo electrónico a [bhabadmin@ventura.org](mailto:bhabadmin@ventura.org), con el tema específico de la agenda o tema, si es un comentario general, a más tardar a las 10:00 AM del día de la reunión de BHAB. Su comentario público también puede ser enviado por escrito y enviado por correo a:

Asistente BHAB  
1911 Williams Drive, Suite 200  
Oxnard, CA 93036

Los miembros del público que hacen presentaciones orales a la Junta en relación con uno o más temas del programa o no relacionados con el programa en una sola reunión están limitados a un tiempo total acumulado que no excederá de (5) minutos para todas sus presentaciones orales en dicha reunión, a menos que se disponga otra cosa. Los comentarios públicos sobre los puntos de la agenda deben hacerse antes de las deliberaciones de los miembros de la junta sobre los temas de la agenda. Todo el período de comentarios públicos está limitado a no más de (20) minutos en total para todos los oradores. NOTA: El Presidente podrá limitar el número o la duración de los oradores sobre un asunto. Yon cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si necesita asistencia especial para participar en esta reunión, comuníquese con la Administración de Salud conductual al (805) 981-6830. La notificación con una antelación razonable de la necesidad de adaptación antes de la reunión (es preferible un aviso con 48 horas de antelación) nos permitirá hacer arreglos razonables para garantizar la accesibilidad a esta reunión.

Sírvase indicar en la línea de asunto el número de punto del orden del día (por ejemplo, el punto N° 9) sobre el que está comentando. Su correo electrónico será distribuido a los Miembros de BHAB y colocado en el registro del artículo de la reunión.

### **Video Comentario público ucantar Zoom**

Puede utilizar la función de levantar la mano cuando el Presidente invite a comentarios públicos de las siguientes maneras:

Si está ejecutando una versión anterior de Zoom, puede levantar la mano haciendo clic en el botón Participante en la parte inferior de la pantalla zoom y luego hacer clic en la función de levantar la mano en esa ventana de participante.

Si está ejecutando la versión más reciente de Zoom (5.4.9 y superior) puede levantar la mano haciendo clic en el botón Reacciones y luego haciendo clic en la función levantar la mano. Su mano aparecerá en la esquina superior izquierda de su ventana de Zoom individual, así como en la ventana del participante.

### **Comentario público de llamada mediante Zoom**

Si se une a la reunión solo por teléfono, puede unirse a la cola de comentarios presionando \*9. Cuando sea su turno de hacer su comentario, presione \* 6 para reactivar el silencio y luego de nuevo para silenciarse después de hablar.

### **Nota: Su mano levantada aparecerá AL ANFITRIÓN en el orden en que fuere recibida.**

Los comentarios se toman en el orden en que se reciben en la ventana de cola/participante. Cuando sea tu turno de hacer un comentario, se te pedirá que te sumes. **Los comentarios públicos pueden ser de hasta 3 minutos durante los períodos de comentarios públicos, o antes de un punto del orden del día, con un tiempo total acumulado que no exceda de 5 minutos.** El cronometrador asignado realizará un seguimiento de cada tiempo de comentario público, así como el tiempo total por orador. Cuando se agote su tiempo, el cronometrador interrumpirá para hacerle saber que ha alcanzado el máximo de 3 minutos, así como cuando haya alcanzado su tiempo total asignado. Al final de los tres minutos y/o tiempo asignado, se invitará a hablar a la siguiente persona en la cola de comentarios.

**RECORDATORIO:** Con el fin de minimizar las distracciones durante las reuniones públicas, los dispositivos de comunicación personales deben apagarse o colocarse en un modo no audible.

Los miembros del público que hacen presentaciones orales a la Junta en relación con uno o más temas del programa o no relacionados con el programa en una sola reunión están limitados a un tiempo total acumulado que no excederá de (5) minutos para todas sus presentaciones orales en dicha reunión, a menos que se disponga otra cosa. Los comentarios públicos sobre los puntos de la agenda deben hacerse antes de las deliberaciones de los miembros de la junta sobre los temas de la agenda. Todo el período de comentarios públicos está limitado a no más de (20) minutos en total para todos los oradores. NOTA: El Presidente podrá limitar el número o la duración de los oradores sobre un asunto. Yon cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si necesita asistencia especial para participar en esta reunión, comuníquese con la Administración de Salud conductual al (805) 981-6830. La notificación con una antelación razonable de la necesidad de adaptación antes de la reunión (es preferible un aviso con 48 horas de antelación) nos permitirá hacer arreglos razonables para garantizar la accesibilidad a esta reunión.



Fecha: 6 de octubre e 2020

Para: Junta de Supervisores del Condado de Alameda

Re: Recomendaciones de MHAB para reducir la población con enfermedades mentales en la cárcel de Santa Rita

**Miembros:**

**Lee Davis,**  
Presidente  
Distrito 5

**L.D. Louis,**  
Vicepresidente Distrito  
4

**Marcella Anthony**  
Distrito 1

**Marsha McInnis**  
Distrito 1

**Tamika Greenwood**  
Distrito 2

**Linda Ramus**  
Distrito 2

**Neil Penn**  
Distrito 2

**Loren Farrar**  
Distrito 3

**Ashlee Jemmott**  
Distrito 3

**Brian Bloom**  
Distrito 4

**Juliet Leftwich**  
Distrito 5

**Jessie C. Slafter**  
Distrito 5

**Representante de la  
Junta de Supervisores:  
Vanessa Cedeño**  
Distrito 3

Introducción

La Junta Asesora de Salud Mental del Condado de Alameda (MHAB), debidamente nombrada por la Junta de Supervisores del Condado de Alameda (BOS), proporciona estas recomendaciones con respecto a las acciones que la BOS puede tomar para reducir el número de personas con enfermedades mentales en la cárcel de Santa Rita. El MHAB cree que tales acciones sólo serán significativas y duraderas, sin embargo, si:

- Se basan en un análisis de los datos que se puso a disposición del público de forma de fácil acceso.
- Incluir un calendario de varios años con metas específicas y cuantificables para cada acción, incluyendo una reducción del 50% del número de personas con enfermedad mental grave en la cárcel de Santa Rita dentro de 3 años.
- Son impulsados por estos principios fundamentales y bien establecidos: 1) la encaración exacerba las enfermedades mentales; 2) los servicios de salud mental son más eficaces, más humanos y más rentables que la cárcel; y 3) el sistema actual hace que muchos de nuestros miembros más vulnerables de la comunidad sean atrapados en un círculo vicioso de cárcel e indigencia, sin ningún camino claro hacia adelante.

El MHAB reconoce la complejidad y la naturaleza multifacético de este problema y ha centrado sus recursos en consecuencia. Los miembros de MHAB han participado en cada una de las reuniones del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental (JIMHT, por sus parte) de Justice Involved, y han dedicado varias de sus reuniones al tema (incluidas las de la junta plena, el Comité de Justicia Penal y el Comité Ad Hoc), y han buscado y escuchado las opiniones del público. Hemos sintetizado todo lo que hemos aprendido en las siguientes recomendaciones específicas y prioritarias, cada una con elementos de acción a largo y corto plazo.

Recomendaciones prioritarias de  
MHAB

**Recomendación #1: Aumentar significativamente la capacidad de las camas de tratamiento residencial en todo el condado para garantizar que el tratamiento eficaz y humano esté disponible en todos los niveles de necesidad.** El Condado de Alameda debe invertir en la ampliación de la capacidad de la cama de tratamiento para proporcionar una sólida continuidad de la atención, desde camas cerradas en un centro de crisis aguda hasta tratamiento en instalaciones subaculares, instalaciones residenciales en crisis y juntas y cuidados autorizados, cada uno con la capacidad de proporcionar el tipo y la duración adecuados del tratamiento. A menos que el condado de Alameda amplíe agresivamente la capacidad de tratamiento residencial, la cárcel de Santa Rita seguirá siendo el principal centro de tratamiento de salud mental bloqueado del condado.

Elemento de acción a largo plazo:

- El edificio anteriormente conocido como Glenn Dyer Jail debe ser reutilizado para EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL BLOQUEADO Y DESBLOQUEADO DE SALUD MENTAL. El edificio suministra una superficie cuadrada adecuada para permitir una porción bloqueada de la instalación, así como capacidad residencial desbloqueada. La reutilización de este lugar reducirá la respuesta de NIMBY ya que se utilizó como cárcel en el pasado.

Elementos de acción a corto plazo:

- El Condado debe llevar a cabo un estudio de factibilidad para la adaptación del edificio anteriormente conocido como Glenn Dyer Jail como un centro de tratamiento de salud mental cerrado y desbloqueado.
- El Condado debe identificar todos los edificios y propiedades de propiedad del condado vacíos o subutilizados para determinar cuál de ellos podría ser reutilizado o construido para proporcionar tratamiento en todos los niveles de necesidad.
- El Condado debe apoyar la creación y retención de instalaciones autorizadas de la Junta y cuidado, incluso a través de subsidios directos.

**Recomendación #2: Priorizar la atención de los "altos funcionarios" <sup>ii</sup> de los servicios de salud mental y justicia penal del condado para garantizar que estén conectados a los tratamientos e instalaciones adecuados.** El JIMHT, utilizando datos suministrados por Alameda County Behavioral Health (ACBH), ha identificado más de 900 "usuarios altos" de servicios. Estos individuos entran y salen repetidamente de camas de crisis agudas, cárceles o instalaciones de desintoxicación de consumo de sustancias. El número de utilizadores altos se ha mantenido constante durante al menos 2 años.

Elemento de acción a largo plazo:

- Cree un equipo de empleados de Behavioral Health Care Services que se dediquen exclusivamente a "usuarios de alto nivel". El rápido volumen de negocios de las organizaciones comunitarias (OBC) conduce a un fracaso en la continuidad de la atención a nuestros miembros más vulnerables de la comunidad. Proporcionar un personal clínico pequeño y dedicado modelado después de la altamente efectiva y exitosa Libertad Condicional Program administrada por el Departamento de Hospitales Estatales proporcionaría la continuidad de la atención y la reducción de la reincidencia que se necesita en el condado de Alameda. Estos empleados, no fuera de contratistas o OBC - servirían como administradores de casos para "altos utilizadores" para asegurar que se proporcione continuidad de la atención. El empleo en el condado aumentaría la retención a

través del pago de un salario digno, así como beneficios.

Elemento de acción a corto plazo:

- Identificar a los "altos utilizadores" y priorizarlos para el trastorno por consumo de sustancias y los servicios de salud mental dentro del sistema de atención.

**Recomendación #3:** Implementar la **detección y evaluación universales de trastornos de salud mental y consumo de sustancias en la reserva en la cárcel.** Una de las maneras más efectivas de facilitar la diversión y reducir eficazmente la población de enfermos mentales que están encarcelados en Santa Rita sería implementar un sistema que requiere que todas las personas que están encarceladas reciban exámenes y evaluaciones de salud mental cuando estén reservadas. Actualmente, las personas que están encarceladas reciben solo un examen de salud por parte de los empleados de BHCS. La detección y evaluación universales de la salud mental y el consumo de sustancias, idealmente por un equipo de personal clínico independiente, permitirían que las personas con enfermedades mentales que están encarceladas ser desviado inmediatamente a los centros de salud mental, salud conductual y / o tratamiento / tribunales colaborativos según corresponda.

Elemento de acción a largo plazo:

- Dirigir acbh para dedicar personal de los puestos clínicos recién financiados en la cárcel de Santa Rita para la salud mental universal y la detección y evaluación de abuso de sustancias.

Elemento de acción a corto plazo:

- Dirija la ACBH para identificar las herramientas adecuadas de cribado y evaluación.

**Recomendación #4:** Mejorar la **rendición de cuentas y la supervisión de las organizaciones comunitarias que están contratadas con el Condado para la prestación** de servicios de salud mental y consumo de sustancias. El Condado debe garantizar la calidad y el impacto de los servicios contratados de salud mental y consumo de sustancias mediante la implementación de un sistema eficaz de rendición de cuentas del desempeño y la asignación de recursos para apoyar la infraestructura y la capacidad necesarias para ofrecer servicios de alta calidad.

Elemento de acción a largo plazo:

- Implementar acuerdos de servicio con OBC que tengan al menos parte de su reembolso vinculado a medidas cuantificables de desempeño.

Elemento de acción a corto plazo:

- Ordene a la ACBH que proporcione un informe detallado y disponible públicamente sobre el desempeño de las OBC y su prestación de servicios. Este informe debe incluir datos de reincidencia una vez prestados los servicios.

#### Otras recomendaciones de MHAB

**La  
cárcel:**

- Ordene a la ACBH que contrate a una persona dedicada al personal para la planificación y coordinación de descargas desde la cárcel hasta programas externos.
- Ordene a ACBH que amplíe o cree programas adicionales para la población de reingreso.
- Direct ACBH para operar el Proyecto de Aterrizaje Seguro 24/7 y ampliar sus servicios para asegurar que las personas recién liberadas que están encarceladas tengan transporte, particularmente si son liberados después de que el transporte público ha dejado de operar.

**ACBH:**

- Dirigir acbh para aumentar 5150 autorización a trabajadores sociales autorizados, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental en situaciones no volatile.
- Dirigir acbh para aumentar la capacidad de los programas ambulatorios intensivos existentes para las personas que viven con enfermedades mentales graves.

**Los Tribunales:**

- Dirigir la ACBH para aumentar la capacidad de tratamiento y evaluación dentro del Tribunal de Salud Conductual. Esto permitiría a la Corte reunirse en Oakland más de una vez a la semana y también reunirse en otra parte del condado.

conclusión

La MHAB considera que las recomendaciones anteriores, si se aplican, reducirían significativamente el número de personas gravemente enfermas mentales en la cárcel de Santa Rita. Agradecemos su consideración.

sinceramente



Lee Davis, Presidente de MHAB



L.D. Louis, Vicepresidente de MHAB

---

<sup>i</sup> Se necesitan los siguientes datos, como mínimo:

- el número de enfermos mentales graves que están encarcelados en la cárcel
- el número de enfermos mentales graves en la población general del Condado de Alameda, con datos específicos para estas personas sobre:
  - su raza, edad e identidad de género
  - ubicación geográfica
  - si sufren de anosognosia (capacidad deteriorada para percibir la enfermedad mental de uno)
- para cada centro de salud mental existente (incluyendo aquellos con camas cerradas y desbloqueadas), cuántas personas son tratadas

- durante qué período de tiempo,
- la duración media de la estancia,
- cuántas personas fueron rechazadas,
- la duración de la lista de espera, si existe, y
- lo que les sucedió a esas personas después de que

abandonaron la instalación Estos datos deben ser compilados y disponibles

públicamente en Internet anualmente.

<sup>ii</sup> En el contexto de JIMHTF, "alto utilizador" se refiere a una persona que tiene un alto nivel de participación en el sistema de salud mental durante un período "final" de 12 meses desde la última incidencia definida por: tener participación de la justicia (ver definición a continuación) y 2 o más episodios de CSU, es decir, episodios de John George y/o haber tenido 2 o más episodios de Cherry Hill y/o haber tenido 1 o más episodios hospitalarios; o están en conservación.

"Justicia involucrada" significa:

- Atendido por el Tribunal de Salud Conductual
- Servido por un programa de defensa de la corte
- Visto por el tribunal de drogas
- Servido por un Programa MH AB109 o
- Tenía arresto o citación en la interceptación 0.



# La creciente ley de tratamiento de la salud conductual de Napolitano, apoyada por la Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles

20 de abril de 2021

comunicado de prensa

**WASHINGTON, DC** - Hoy, la Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles se [movió unánimemente para apoyar el](#) H.R. 2611 de la Representante Grace F. Napolitano, la Ley de Tratamiento de Salud Conductual Creciente. El proyecto de ley derogarí la prohibición de pago de las Instituciones de Medicaid para Enfermedades Mentales (IMD) y requeriría que los estados presenten un plan para: aumentar el acceso a la atención médica conductual ambulatoria y basada en la comunidad; aumentar la disponibilidad de servicios de estabilización de crisis; y mejorar el intercambio de datos y la coordinación entre los proveedores de salud física, salud mental y tratamiento de adicciones y los socorristas." Medicaid es el mayor pagador de servicios de salud mental en nuestro país, y la expansión de esta cobertura crítica está atrasada desde hace mucho tiempo", **dijo Napolitano.** "Sin camas en el paciente, las personas que experimentan crisis de salud mental a menudo son liberadas de los departamentos de emergencia y obligadas a lidiar con su enfermedad sin atención profesional. Trágicamente con demasiada frecuencia terminan en prisión o en las calles, lo que no sólo empeora las condiciones de salud mental, sino que aumenta el costo de la atención al estado y al gobierno federal. Proporcionar alivio de la prohibición de pago del IMD finalmente daría a California y otros estados la capacidad de usar fondos federales para cubrir a las personas elegibles para Medicaid que necesitan tratamiento de salud conductual. Agradezco a la Junta de Supervisores por apoyar mi legislación y reconocer que debemos hacer todo lo posible para proporcionar atención que salve la vida a cualquier residente necesitado". A través de mi moción, aprobada por unanimidad hoy, la Junta de Supervisores enviará una carta de 5 firmas en apoyo de H.R. 2611, la Ley de Tratamiento de Salud Conductual Creciente, presentada por la Representante Grace Napolitano",

**dijo la Supervisora Kathryn Barger, Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles, 5º Distrito.** "Esta es una legislación federal importante que ayudará a proporcionar camas de tratamiento de salud mental hospitalarias o residenciales adecuadas para personas de entre 16 y 64 años que necesitan servicios críticos. Agradezco al Representante Napolitano, que comparte mi compromiso y dedicación por proporcionar atención compasiva de salud mental, y por asegurar que las personas reciban la atención más adecuada en el entorno más apropiado. La prohibición de pago de IMD es una política de larga data que prohíbe al gobierno federal proporcionar fondos de coincidencia de Medicaid a los estados por los servicios prestados a ciertas personas elegibles para Medicaid, de 21 a 64 años, que son pacientes en IMDs. El término "IMD" se define como un hospital, centro de enfermería u otra institución de más de 16 camas, que se dedica principalmente a proporcionar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales, incluyendo atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados." Derogar la exclusión del IMD no sólo es necesario para abordar las necesidades de atención de salud mental de las personas que requieren y merecen servicios residenciales adecuados para sanar, también es un paso importante en la resolución tanto de la brecha de paridad crítica entre la atención de salud física y mental que continúa plagando este campo desde una perspectiva fiscal, como el estigma social que interfiere con el acceso al tratamiento a expensas de los más afectados por la enfermedad cerebral", dijo el

**Dr. Jonathan Sherin, Director del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles.**

**Si usted o alguien que conoce necesita ayuda, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).**

###

# DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE SAN FRANCISCO

Análisis del proyecto de optimización del lecho de  
salud conductual y recomendaciones para mejorar el flujo del  
paciente

Junio de 2020

Dr. Anton Nigusse Bland, Director de Reforma de Salud Mental  
Lauren Brunner, MPH, Coordinador del Programa, Reforma de  
Salud Mental

## Resumen ejecutivo

El Departamento de Salud Pública de San Francisco (DPH), como la mayoría de los otros sistemas de salud en el mundo, tiene el reto de igualar consistentemente su oferta de camas de salud conductual con la demanda de servicios en todo el espectro de la atención. Las ventajas de un sistema con capacidad de cama optimizada son significativas; los pacientes reciben la atención que necesitan cuando la necesitan, el sistema se beneficia cuando los recursos se utilizan eficientemente y las inversiones tienen el mayor impacto.

A principios de 2020, a través del apoyo financiero de Tipping Point Community, el equipo de Reforma de Salud Mental de la DPH contrató a un proveedor de modelado de simulación, Mosimtec, para responder a esta pregunta más apremiante: *¿Cuántas camas se necesitan en cada categoría de lecho de salud conductual para mantener un flujo constante de pacientes para clientes adultos en San Francisco con cero tiempo de espera?*

A través de un análisis en profundidad de las colocaciones de pacientes en casi 1.000 camas en el sistema de salud conductual de la DPH en el año fiscal 2018-2019, el modelado de simulación de camas ofreció recomendaciones cuantitativas para mejorar el flujo de pacientes. Además, el equipo de Reforma de Salud Mental, a través de conversaciones con expertos en la materia, contempló consideraciones adicionales para las inversiones en camas de salud conductual.

### Recomendaciones resumidas:

1. Invierta en **capacidad adicional** de **cama** en las siguientes categorías de cuidado:
  - a. Tratamiento de subaute bloqueado
  - b. Centros psiquiátricos de enfermería especializada
  - c. Centros de Atención Residencial, también conocidos como Junta y Cuidado
  - d. Centros de Atención Residencial para Ancianos
  - e. Tratamiento Residencial de Salud Mental (programas de 12 meses)
2. Complemente todas las inversiones en **camas de salud conductuales** uno a uno **con colocaciones** de vivienda **a largo plazo**, como eluso permanente de Ho de apoyo o los centros de atención residencial, para servir mejor al alto volumen de personas que experimentan personas sin hogar que utilizan el sistema.
3. **Abordar las necesidades únicas** de las poblaciones **especializadas** que comúnmente encuentran tiempos de espera más largos, incluyendo pero no limitado a los hablantes monolingües no ingleses, personas con participación en la justicia penal y pacientes que no son ambulatorios.
4. Cree un **sólido tiempo de espera y un sistema** de seguimiento de datos de **colocación de pacientes** para comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes.
5. Invierta en instalaciones con camas **fijas dedicadas** para **su uso por** los **clientes de DPH** en lugar de compartirse con otros sistemas de salud. Actualmente la DPH no dispone de camas fijas reservadas para sus pacientes en una serie de instalaciones, desafiando su ejercicio para planificar y colocar a los pacientes en tiempo y forma.

6. **Repita la simulación de camas anualmente** para comprender las tendencias e informar la planificación a largo plazo, mitigar las limitaciones de datos encontradas en este proyecto y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente.

## fondo

La gestión de las camas de salud conductuales, cuántas necesidades de atención debe servir a sus clientes, es un desafío constante para los sistemas de salud en todo el mundo. Un desajuste de la capacidad de la cama a la demanda tiene implicaciones significativas tanto para los resultados de salud del cliente como para los resultados de un sistema de salud. Un sistema con capacidad que coincide con la demanda es uno que proporciona un flujo óptimo del paciente". "En un sistema optimizado, los pacientes fluyen libremente entre los niveles de atención de acuerdo con sus necesidades clínicas de salud en lugar de las limitaciones del sistema. En San Francisco, donde el Departamento de Salud Pública (DPH) atiende a casi 30,000 clientes de salud conductual por year, la demanda de cama altamente variable, las restricciones persistentes de camas y la recolección de datos inconsistentes impiden que la DPH entienda exhaustivamente las necesidades de capacidad de cama y optimice el flujo del paciente.

En el año fiscal 2018-2019 (año fiscal 1819), la DPH proporcionó atención médica conductual a personas en más de 2.000 camas a través de un continuo, desde la alta agudeza (por ejemplo, psiquiatría hospitalaria aguda) hasta la baja agudeza (por ejemplo, el respiro psiquiátrico del colibrí).<sup>1</sup> A medida que las necesidades de salud conductual de la población cambian con el tiempo, la demanda de servicios cambia de manera similar, lo que complica aún más la necesidad de financiar y prestar servicios adecuadamente a los clientes. Varios informes anteriores que evalúan el sistema de salud conductual de DPH, incluyendo la *Auditoría del Desempeño de BHS* (BLA, 2018) y *Homelessness and Behavioral Health* (JSI-Tipping Point, 2019), han pedido mejoras en los tiempos de espera de los pacientes, inversiones en camas adicionales y datos para cuantificar y calificar las necesidades de capacidad.

A principios de 2020, el equipo de Reforma de Salud Mental identificó una solución innovativa a su desafío de optimización del lecho de salud conductual: el modelado de simulación de camas. El modelado de simulación de camas se ha utilizado internacionalmente como una estrategia sin riesgo para cuantificar la demanda e identificar el impacto de nuevas asignaciones de camas de tratamiento en el flujo de pacientes. Estudios recientes han concluido que el uso de datos históricos y operativos en un modelo de simulación puede ayudar a identificar el tipo y el número apropiados de camas requeridas en los sistemas públicos de salud conductual.<sup>2</sup>

## Métodos

A través del apoyo financiero de Tipping Point Community, DPH contrató a un proveedor experimentado de modelado de simulación, Mosimtec, para producir un modelo matemático que respondería a la pregunta clave: *¿Cuántas camas se necesitan en cada categoría de lecho de salud conductual para mantener un flujo constante de pacientes para clientes adultos en San Francisco con cero tiempo de espera?* Para responder a esta pregunta, el modelo utilizó datos de facturación del año fiscal 1819 de más

de 25.000 admisiones a programas residenciales de salud mental y consumo de sustancias (más de 24 horas de estancias) y entornos de atención urgente (Servicios de Emergencia Psiquiátrica en Zuckerberg San Francisco General, Atención De Urgencias Psiquiátricas y Centro de Sobriedad). Los datos incorporaron la demografía de los pacientes admitidos en estos centros de atención, incluidos el género, la edad, la raza y la etnia, y el estado de la vivienda. El análisis también consideró las transiciones de individuos a través del continuo de atención médica conductual. El análisis

---

<sup>1</sup> En el Apéndice se ofrece una visión general de las categorías y recuentos de camas. Un subconjunto de 1.000 de estas camas fue incluido en el análisis debido a la disponibilidad de datos.

<sup>2</sup> La et al. "Aumentar el acceso a las camas de los hospitales psiquiátricos estatales: explorar soluciones del lado de la oferta." *Servicios Psiquiátricos*, 67:5, mayo 2016, 523-528. Devapriya et al. "StratBAM: Un modelo de simulación de eventos discretos para apoyar las decisiones estratégicas de capacidad de camas hospitalarias." *J. Med Syst*, 39:130, 2015, 130. Yin et al. "Aplicación de modelos de simulación para cuantificar el impacto de la salud de la población y las intervenciones de capacidad en la demanda de camas hospitalarias" *Procedimientos de la Conferencia Anual IISE 2018*, 2018.

no fue capaz de calcular la demanda "verdadera"; es decir, las personas que intentaron recibir servicios pero no tuvieron éxito en hacerlo. Esta limitación se considera con más detalle en la sección Discusión.

Para garantizar que los datos de entrada generaran resultados de modelos que reflect con precisión el sistema del mundo real, el equipo de Reforma de Salud Mental trabajó estrechamente con Mosimtec y expertos en la materia de la ciudad para verificar que los datos proporcionados estaban completos y que los resultados preliminares del análisis eran consistentes con la experiencia operativa.

## Resultados

Los resultados del modelo de simulación se presentan como "análisis de entrada" - información detallada sobre cómo funcionaba el sistema de camas de salud conductual de DPH en el año fiscal 2019 - y "análisis de salida" que muestra cómo funciona el sistema en escenarios hipotéticos.

**Análisis de entrada:** El análisis de entrada proporciona información crítica sobre cómo y por quién se utilizó el sistema de salud conductual en el año fiscal 1819. Más de 7.000 personas representaron más de 25.000 admisiones en el año fiscal en casi 1.000 colocaciones diferentes en camas. *La Tabla 1* proporciona un análisis resumido de las características de los pacientes que utilizaron camas de salud conductual en el año fiscal 1819; las personas que experimentan desamparo representan una proporción significativa. Los hombres que experimentaban falta de vivienda eran la demografía de pacientes más común para admitir

*mesa 1: características de los pacientes Admitido Para casi 1,000 Dph conductual Salud Camas Año fiscal 1819*

característica		Número de pacientes	Porcentaje del total de pacientes
Desamparados <sup>4</sup>	Sí	4,140	68%
	No	1,955	32%
género	Masculino	4,032	66%
	hembra	1,763	29%
	Otro	300	5%
Raza/Etnicidad	Blanco	2,015	33%
	Negro/Afroamericano	1,434	24%
	Latino/a	720	12%
	Isleño asiático/pacífico	359	6%
	Otros/no declarados	1,567	26%
<b>total</b>		<b>6,095</b>	<b>100%</b>

sistema.

Una proporción desproporcionada de afroamericanos/negros utilizó el sistema, representando el 24 por ciento en comparación con el 6 por ciento de la población de San Francisco. En futuros informes, la DPH recomendará formas de abordar las cuestiones de equidad resaltadas por este análisis.

El análisis de entrada también ayudó a visualizar dónde se sobrecarga actualmente el sistema, revelando la utilización de camas en cada categoría (para programas con recuentos fijos de camas).<sup>5</sup> La utilización se calcula como la proporción de días de cama ocupados, divididos por los días de cama disponibles.<sup>6</sup> Debido a las limitaciones en los datos de entrada, la utilización

<sup>3</sup> Otros 1.387 clientes identificados no tenían **información** demográfica para incluir en este análisis.

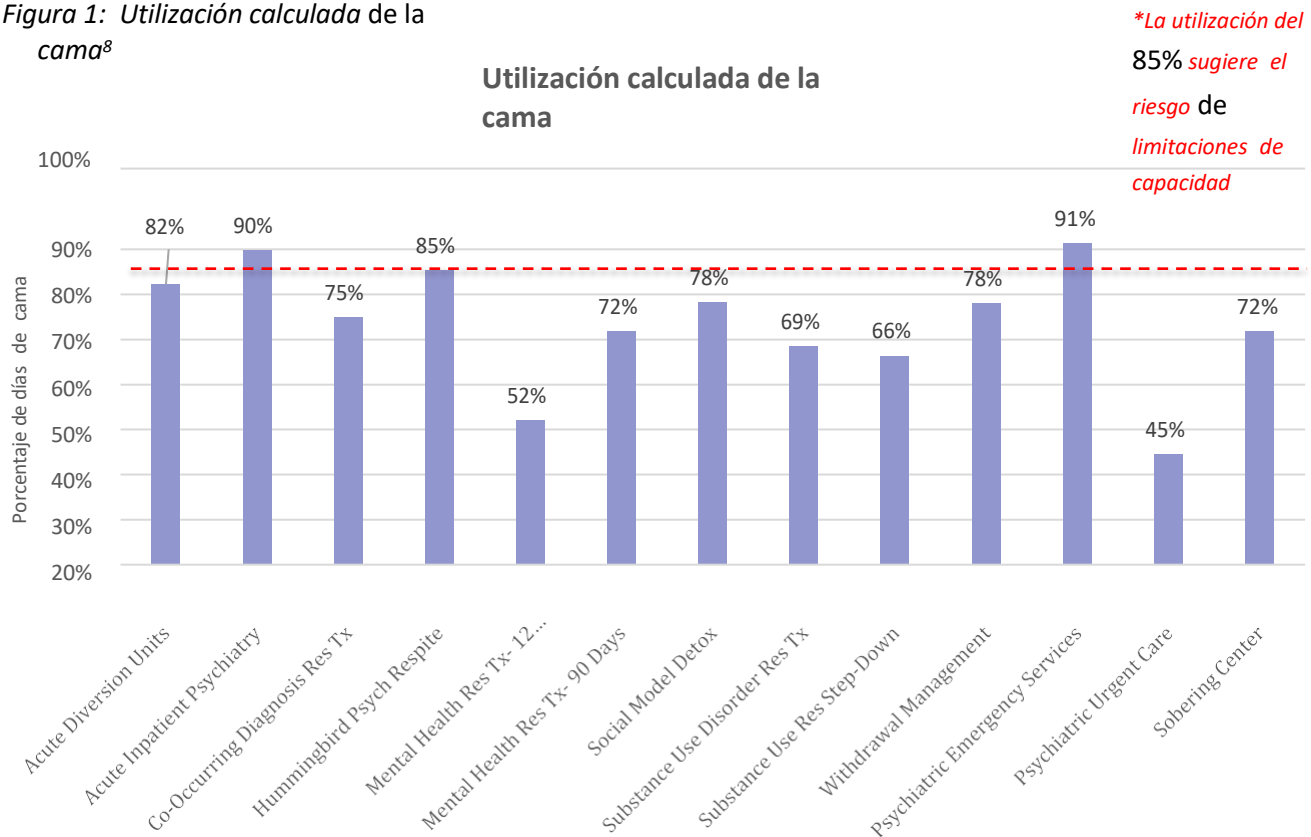
<sup>4</sup> Falta de vivienda definida por **el Sistema Coordinado de Gestión de la Atención (CCMS)** de la DPH. Ccms define a las personas como sin hogar en el año fiscal si: 1) utilizan un servicio de la ciudad que indica **inestabilidad de la** vivienda, **por** ejemplo, un **refugio** de la ciudad, o 2) auto-reportar **la falta de** vivienda mientras **accede a los servicios de atención** médica.

<sup>5</sup> La mayoría **de las** camas de salud conductual financiadas por DPH se contraen anualmente en un **recuento de camas "fijas"**. Otras camas se compran individualmente según sea necesario y como presupuesto y las instalaciones **lo** permiten.

<sup>6</sup> Los **cálculos de utilización de camas** se basaron en los recuentos **de** camas proporcionados por el **Inventario de Camas DPH**.

cálculos para ciertas categorías de camas probablemente subrepresente la verdadera demanda de estos servicios. Estas categorías incluyen el Centro de Aleccionadores, atención de urgencias psiquiátricas y programas de tratamiento residencial de salud mental de 12 meses. Estas limitaciones se detallan y ajustan según sea necesario en la sección Discusión de este informe. Los cálculos de utilización de más del 85 por ciento indican un entorno de atención que corre el riesgo de ser tenso por la capacidad.<sup>7</sup> Utilizando esta regla, la *Figura 1* muestra las categorías con potencial escasez de capacidad de cama.

Figura 1: Utilización calculada de la cama<sup>8</sup>



\*La utilización del 85% sugiere el riesgo de limitaciones de capacidad

**Análisis de salida:** El modelo creó entonces un escenario hipotético para identificar los ajustes de capacidad de cama que mejorarían el flujo del paciente al disminuir los tiempos de espera de los pacientes. En general, el tiempo de espera experimentado por los pacientes en el sistema se puede atribuir a una capacidad limitada de cama y/o tiempo de procesamiento operativo (exámenes de salud requeridos, citas perdidas, transporte, permisos legales y otros protocolos de admisión). Este análisis se centró en cuantificar el tiempo de espera que se produce debido a restricciones de capacidad. El modelo consideró el sistema holísticamente, identificando dónde los pacientes esperan actualmente antes de la admisión y luego modelando la capacidad necesaria para eliminar los tiempos de espera observados. Además, como se describe en el Apéndice, el modelo consideró un escenario específico para los servicios de emergencia psiquiátrica y la psiquiatría hospitalaria aguda.

El modelo estimó cuidadosamente la utilización actual con el fin de identificar las categorías de camas con tiempos de espera que se producen debido a restricciones de capacidad. A continuación, el modelo simuló escenarios de expansión que reducirían el tiempo de espera a cero.

<sup>7</sup> Bagust A, Lugar M, Posnett JW. "Dinámica de uso de la cama en acomodar admisiones de emergencia: modelo de simulación estocástica." *BMJ*. 1999; 319 (7203):155-158

<sup>8</sup> Los subacutes bloqueados, los centros de atención residencial y la enfermería psiquiátrica especializada NO tienen recuentos fijos

de camas y, por lo tanto, no tienen datos de entrada.

Tabla 2: Recuentos recomendados de camas para disminuir la espera del paciente debido a limitaciones de capacidad

Categoría cama	Espera media debido a la capacidad	Aumento recomendado del recuento de	Aumento del recuento de camas para una reducción
Tratamiento de subaute bloqueado	62	31	20
Centros psiquiátricos de enfermería	121	13	8
Centro de Atención Residencial también	60	31	13
Centro de Atención Residencial para Ancianos	44	22	9

La Tabla 2 muestra las cuatro categorías de camas que el modelo identificó como tener tiempos de espera superiores a un día. Para cada una de estas categorías de camas con tiempos de espera, el modelo recomendó entonces un aumento del recuento de camas que reduciría el tiempo de espera a cero con el fin de crear un flujo óptimo. La tabla también proporciona una estimación para reducir a la mitad las esperas actuales.

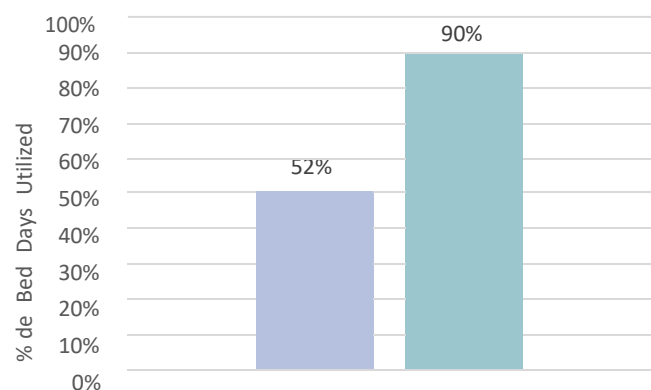
### discusión

Los resultados del modelo proporcionan información sustancial para mejorar las operaciones y recomendar inversiones. Dado que cada recomendación de aumentar la capacidad en las categorías de camas identificadas tiene un impacto diferente en el flujo y el presupuesto de los pacientes, los resultados del modelo deben evaluarse cuidadosamente en colaboración con el liderazgo clínico, operativo, político y financiero de la DPH. Las prioridades de financiación deben ir acompañadas de fuertes recomendaciones políticas. Por ejemplo, el valor del aumento de la capacidad en los centros de tratamiento de subcomuuto bloqueado y enfermería psiquiátrica especializada sólo se logra cuando se combina con políticas de conservación que permiten la colocación eficiente de pacientes. Además, deben perfeccionarse las recomendaciones para dirigirse a las poblaciones que históricamente se enfrentan a más desafíos en la búsqueda de colocaciones apropiadas, como people con antecedentes de participación en la justicia penal, hablantes monolingües no ingleses y personas que no son ambulatorio.

Al revisar los resultados del modelo, el equipo de Reforma de Salud Mental encontró una limitación significativa en el cálculo de utilización para el Tratamiento Residencial de Salud Mental, programas de 12 meses. Algunos días de cama fueron excluidos de los datos de entrada debido a los criterios de inclusión del análisis: admisiones que ocurrieron dentro del año fiscal. Para el tratamiento residencial de salud mental, esto excluyó involuntariamente a muchos pacientes que ocuparon camas al comienzo de, y

bien entrado, el período de notificación. Para

Figura 2: Utilización ajustada utilizando todos los días facturados



corregir esta limitación, el equipo de Reforma de Salud Mental

Programa residencial de salud mental de 12 meses

Utilización del modelo Corregido Utilización  
días facturados adicionales que fueron excluidos originalmente. Esto tuvo un impacto significativo en los resultados. La inclusión de los datos previamente excluidos dio lugar a un informe del 90 por ciento de utilización de estas camas, ya que

---

<sup>9</sup> El modelo identificado **espera** directamente asociada con **las** llegadas del **paciente** por día **contra la capacidad de** la cama. El modelo no puede tener en cuenta el **tiempo de** espera asociado con el procesamiento y otras **barreras** operativas que los clientes de DPH suelen encontrar.

demostrado en la Figura 2. Debido a que la utilización de más del 85 por ciento sugiere una necesidad de capacidad adicional, y debido al aumento recomendado en la categoría ascendente, Tratamiento de Subacústico Bloqueado, se recomienda una inversión adicional de 20 camas de Tratamiento Residencial de Salud Mental de 12 meses para mejorar el flujo.

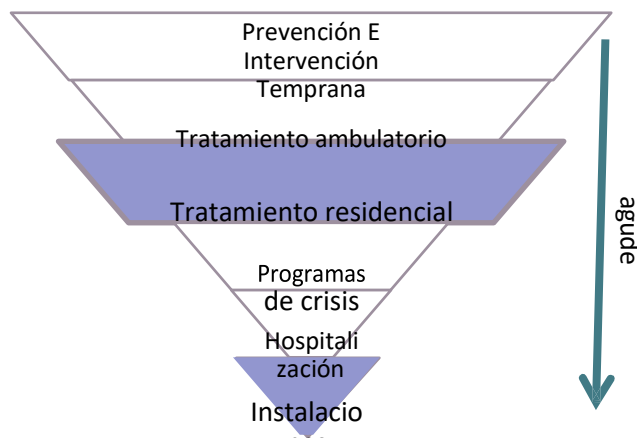
El equipo de Reforma de Salud Mental recomienda que todas las inversiones se dirijan a instalaciones donde la DPH tenga un número fijo de camas que se dedican a su uso por parte de sus clientes. Actualmente, muchos condados comparten instalaciones contratadas, lo que a menudo conduce a retrasos en la colocación de clientes y a la falta de transparencia sobre la duración de esos retrasos para los clientes de DPH.

El equipo de Mental Health Reform también recomienda que, debido al alto volumen de personas que experimentan la falta de vivienda utilizando el sistema, cada inversión en tratamiento de salud conductual se combine con una expansión similar de las opciones de vivienda para esos clientes. Los beneficios del tratamiento pueden disminuir rápidamente si un cliente es dado de alta sin una vivienda adecuada, y las esperas para la vivienda pueden impedir el flujo a través del sistema de salud conductual.

**Contextualización de las recomendaciones:** El Sistema de Atención conductual DPH se representa en la Figura 3. Los servicios van desde la prevención y la intervención temprana de pacientes de baja agudeza hasta

tratamiento, proporcionado en instalaciones cerradas, para los pacientes más agudos. Este análisis se centró en entornos residenciales para adultos, que son las cuatro categorías inferiores representadas en la Figura 3. Los resultados destacan dos amplias categorías que actualmente embotellan el sistema: tratamiento residencial e instalaciones cerradas. Las categorías específicas incluyen tratamiento residencial de salud mental, tratamiento con subaute bloqueado, centros psiquiátricos de enfermería especializada y centros de atención residencial (para adultos y adultos mayores). Detalle sobre estos

Figura 3: Sistema de Salud Conductual DPH



Categorías y el

servicios con tal que son Listado en mesa 3. Además de Identificar Categorías ese son Sobrecargado el modelo cama resaltada Categorías con utilización Niveles y capacidad que suficientemente acomodar el flujo en operaciones actuales. estos Categorías incluir agudo Unidades de Desvío, sustancia uso Residencial tratamiento y retirada Administración Programas.

Cuadro 3: Detalle programático sobre categorías con aumento de capacidad recomendado

Categoría cama	descripción	Cama fy1819 Recuento <sup>10</sup>	Instalaciones de
Tratamiento Residencial de Salud Mental, 12 meses	Programa de vida en grupo residencial que proporciona tratamiento para manejar la vida con enfermedades mentales, desarrollar habilidades para la vida y habilidades sociales, desarrollar estrategias de afrontamiento positivas, habilidades pre-vocacionales/vocacionales, adherencia a medicamentos	30	Progress Foundation Clay Street y Dorine Loso Houses

<sup>10</sup> Recuento de camas basado en contratos de año fiscal 1819 para programas de tratamiento residencial de salud mental (12 meses) y el censo de pacientes al 30 de abril de 2019 para todas las demás categorías.

Categoría cama	descripción	Cama fy1819 Recuento <sup>10</sup>	Instalaciones de
Tratamiento con subacuto bloqueado – también conocido como Centro de Rehabilitación de Salud Mental (MHRC) e Instituto de Enfermedades Mentales (IMD)	Estas instalaciones son para clientes colocados en un Conservatorio Lanterman- Petris-Short (LPS) debido a una discapacidad grave o en una retención ordenada por la corte forense. Estos programas proporcionan rehabilitación psicosocial para estabilizar el impacto de las enfermedades mentales en el funcionamiento diario, establecer la adherencia a los medicamentos, mejorar la vida y las habilidades sociales, desarrollar estrategias de afrontamiento positivas y estabilizar el bienestar y la recuperación.	132	MHRC en SF Centro de Salud Conductual, Crestwood (Centro de Curación SF, Canyon Manor, Vallejo)
Centro psiquiátrico de enfermería especializada	Un centro de salud con licencia, o una parte distinta de un hospital, que proporciona atención hospitalaria las 24 horas que incluye servicios médicos, de enfermería especializada, dietéticos y farmacéuticos, y un programa de actividades. El SNF psiquiátrico se especializa en el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos graves que no pueden ser manejados de forma segura en otros entornos. Esta configuración se puede bloquear o desbloquear.	160	Idylwood Care Center, Crestwood (Fremont, Stevenson, Stockton), Medical Hill
Centros de Atención Residencial (RCF), también conocidos como Junta y Atención	Los RCF ofrecen vida en grupo para personas con discapacidades (médicas o psiquiátricas) que necesitan ayuda con la preparación de comidas, monitoreo de medicamentos y atención personal, pero no necesitan atención médica aguda diaria. Los RCF individuales pueden especializarse en ciertas áreas clínicas, como la rehabilitación de la salud mental y la geriatría.	305	Cuidado del hogar de la familia Unida, South Van Ness Manor, BMB Sunshine Residential Care
Centros de Atención Residencial para Ancianos (RCFE)	Los RCFEs generalmente ofrecen vida en grupo para personas de la tercera edad (con necesidades médicas o psiquiátricas) que necesitan ayuda con la preparación de comidas, monitoreo de medicamentos y atención personal, pero no necesitan atención médica aguda diaria. Los RCFEs individuales pueden especializarse en ciertas áreas clínicas como rehabilitación de salud mental y geriatría.	267	Crestwood Hope, Victoria Manor, Country Place Vida asistida

Al realizar el análisis costo-beneficio de agregar camas en diferentes niveles de cuidado, es importante entender cómo funciona el sistema dinámicamente como un continuo. Las inversiones en cada nivel de cuidado afectan no sólo a esa categoría de cama, sino también a las categorías de camas aguas arriba y aguas abajo. Por ejemplo, si la DPH sigue la recomendación de aumentar la capacidad de la cama en el tratamiento con subacuto bloqueado, las categorías de camas ascendentes Psiquiatría Hospitalaria Aguda y Servicios de Emergencia Psiquiátrica podrán liberar a los pacientes que esperan esa categoría aguas abajo. Además, la elección de aumentar la capacidad sólo en locked subacute treatment podría resultar en un nuevo cuello de botella si no se aseguran programas de alojamiento o desprestigios para los pacientes que se descargan desde ese nivel de atención.

Debido al alto volumen de personas que experimentan la falta de vivienda utilizando el sistema, todas las inversiones en colocación temporal (porejemplo, tratamiento de subadhesivo bloqueado) deben complementarse uno a uno con inversiones en colocaciones permanentes como viviendas de apoyo permanente o centros de atención residencial. Sin una vía para una vivienda confiable tras el alta, los pacientes que están experimentando falta de vivienda tendrán dificultades para mantener los beneficios del tratamiento.

**Análisis de costos:** La DPH debería identificar qué secuencia de inversiones tendría el mayor impacto en los resultados sanitarios y el presupuesto, manteniendo al mismo tiempo el enfoque en lo que es operativamente viable. El equipo de Reforma Sanitaria de Múnsech trabajará con expertos en la materia operativa de la DPH y la Contraloría

completó un proyecto de análisis de flujo para DPH en 2019, para crear un marco de toma de decisiones para priorizar las inversiones. Una vez priorizada y secuenciada, estas recomendaciones deben incorporarse a los procesos de presupuestación y planificación de San Francisco, incluyendo la asignación de 2.000 colocaciones que el alcalde London Breed se ha comprometido a crear para las personas que experimentan problemas de falta de vivienda y salud conductual.

Dado que el sistema está financieramente restringido, el proceso de priorización debe considerar el beneficio marginal de agregar una cama a una categoría frente a otra. *La Tabla 4* describe los costos de operación asociados para los aumentos de camas sugeridos por el modelo. Un costo adicional se asociaría con cualquier puesta en marcha requerida, como la adquisición de edificios.

*Tabla 4: Costo de las inversiones recomendadas en camas*

Categoría cama	Costo medio anualizado por cama	Aumento recomendado	Aumento anual de la cama recomendado
Tratamiento de subaute bloqueado	\$177,208	31	\$5,493,433
Centro psiquiátrico de enfermería especializada	\$106,580	13	\$1,385,540
Centros de Atención Residencial también conocidos	\$31,390	31	\$973,090
Centros de atención residencial para ancianos	\$38,873	22	\$855,195
Tratamiento residencial de salud mental (12 meses)	\$97,127	20	\$1,942,530
<b>total</b>	<b>N/A</b>	<b>117</b>	<b>\$10,649,788</b>

También es importante considerar los ahorros de costos previstos que resultan de aliviar los cuellos de botella que ocurren en entornos de cuidado de alto costo. Por cada paciente que pasa tiempo "extra", más allá de lo clínicamente necesario, en Psiquiatría Hospitalaria Aguda mientras espera un nivel de atención más bajo, DPH no puede facturar a Medi-Cal por el servicio. Estos días de espera son, por lo tanto, una carga tanto para la recuperación del cliente como para la salud financiera de la organización. Al calcular el potencial de ingresos anuales perdido debido a este problema, podemos equilibrar el costo de las inversiones en camas con los ingresos obtenidos mediante el uso de recursos de psiquiatría hospitalaria aguda para pacientes que clínicamente necesitan el servicio. *El Cuadro 5* muestra la posible recuperación de ingresos y la diferencia neta con respecto a la inversión recomendada utilizando este modelo.

Tabla 5: Recuperación potencial de ingresos y diferencia de costos netos

Categoría cama	Admin Days Psiquiatría Hospitalaria	Posible recuperación de	Aumento anual de la cama recomendado	Diferencia de costes netos anual
Tratamiento de subaute bloqueado	4,131	\$4,361,964	\$5,493,433	(\$1,131,469)
Centro psiquiátrico de enfermería	1,060	\$1,694,060	\$1,385,540	\$308,520
Centros de Atención Residencial también conocidos como Junta y	1,351	\$2,159,128	\$973,090	\$1,186,038
Centros de atención residencial para	289	\$461,871	\$855,195	(\$393,324)
Tratamiento residencial de salud mental (12 meses)	531	\$858,217	\$1,942,530	(\$1,084,313)

\*DPH recibe \$1,598.17 por día para pacientes de nivel agudo en psiquiatría hospitalaria aguda ZSFG. El cálculo de recuperación de ingresos asume que los días no facturables en el año fiscal 1819 se convierten en días de cama agudos para pacientes. Para los pacientes que esperan tratamiento con subaute bloqueado, DPH puede facturar a Medi-Cal por días administrativos a \$542.26 por día, haciendo que la recuperación de ingresos por día sea de \$1,055.91. Para los pacientes que esperan otras categorías de camas enumeradas, DPH no recibe ningún reembolso de Medi-Cal.

**Limitaciones:** La información utilizada para este análisis está limitada por dos factores principales. En primer lugar, la DPH no dispone de un sistema de datos centralizado para captar admisiones para las 2.000 de sus camas de salud conductual. Con el fin de incluir la continuidad completa de la atención en el estudio, se hizo un esfuerzo significativo para unificar los datos. Sin embargo, el proyecto estaba limitado por los sistemas de datos de origen y sus métodos dispares para la gestión de datos. En segundo lugar, la DPH utilizó sólo un año fiscal de admisiones a estas camas. La decisión de utilizar un año de datos equilibró la ventaja de basarse en datos recientes y cuentas de camas fijas en detrimento de la información de recuento insuficiente relacionada con los carneros de prog con largas duraciones de la estancia (por ejemplo, tratamiento residencial de salud mental de 12 meses, centros de atención residencial, centros psiquiátricos de enfermería especializada, Paso abajo). El equipo de Reforma de Salud Mental trabajó con los expertos en la materia de la DPH y Mosimtec para mitigar el impacto de estas limitaciones en los resultados del proyecto. Como se muestra anteriormente en la sección de discusión, la limitación afiliada a los programas de larga estancia se corrigió en el caso del tratamiento residencial de salud mental a través de análisis post-modelado.

Además, aunque el modelo puede estimar los tiempos de espera en función de los datos de entrada, este cálculo del tiempo de espera es limitado y no es totalmente representativo de la realidad. Por ejemplo, en el sistema real, ciertos patients pueden ser redirigidos o elegir ajustes de atención alternativos cuando los tiempos de espera no son tolerados por el sistema o el paciente. De esta manera, es probable que los tiempos de espera, y por lo tanto las necesidades de capacidad, estén subrepresentados en este ejercicio. Además, el modelo no identificó los tiempos de espera en las categorías de camas donde se sabe que los clientes esperan en la práctica, por ejemplo, tratamiento residencial de salud mental. Este resultado es atribuible a algunos factores; no existe un sistema de datos que rastree concretamente el tiempo de espera, y el tiempo de espera en el sistema actual podría deberse plenamente al tiempo de procesamiento y a las barreras operativas en lugar de la escasez de capacidad. Estas posibilidades y limitaciones serán evaluadas plenamente por el equipo de Reforma de

Salud Mental en colaboración con los Servicios de Salud Conductual como seguimiento de este informe. Crítico para este seguimiento es el desarrollo de un sólido tiempo de espera y un sistema de seguimiento de datos de colocación de pacientes. Este sistema permitirá comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes. ..

## conclusión

El Proyecto de Optimización de Camas de Salud Conductual ofrece información nueva e importante para ampliar la capacidad actual y mejorar el flujo de camas de salud conductual en San Francisco. Además de las recomendaciones para las inversiones en camas, el modelo ilumina quién utiliza el complejo sistema de cuidado y cómo. También muestra las limitaciones de los sistemas de datos actuales. En resumen, las recomendaciones finales de este proyecto incluyen:

1. Invierta en **capacidad adicional** de **cama** en las siguientes categorías de cuidado:
  - a. Tratamiento de subaute bloqueado
  - b. Centros psiquiátricos de enfermería especializada
  - c. Centros de Atención Residencial, también conocidos como Junta y Cuidado
  - d. Centros de Atención Residencial para Ancianos
  - e. Tratamiento Residencial de Salud Mental (programas de 12 meses)
2. Complemente todas las inversiones en **camas de salud conductuales** uno a uno **con colocaciones** de vivienda **a largo plazo**, como viviendas de apoyo permanente o centros de atención residencial, para servir mejor al alto volumen de personas que experimentan personas sin hogar que utilizan el sistema.
3. **Abordar las necesidades únicas** de las poblaciones **especializadas** que comúnmente encuentran tiempos de espera más largos, incluyendo pero no limitado a los hablantes monolingües no ingleses, personas con participación en la justicia penal y pacientes que no son ambulatorios.
4. Cree un **sólido tiempo de espera y un sistema** de seguimiento de datos de **colocación de pacientes** para comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes.
5. Invierta en instalaciones con camas **fijas dedicadas** para **su uso por los clientes de DPH** en lugar de compartirse con otros sistemas de salud. Actualmente la DPH no dispone de camas fijas reservadas para sus pacientes en una serie de instalaciones, desafiando su ejercicio para planificar y colocar a los pacientes en tiempo y forma.
6. **Repita la simulación** de **camas anualmente** para comprender las tendencias e informar la planificación a largo plazo, mitigar las limitaciones de datos encontradas en este proyecto y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente.

A pesar de las limitaciones mencionadas en este análisis que probablemente contribuyen a una subestimación de las necesidades de capacidad, el equipo de Reforma de Salud Mental confía en que las categorías de camas identificadas son consistentes con la mayor necesidad. Una serie de inversiones que incluyen el aumento de la capacidad en las categorías de camas de alta demanda aguas abajo de psiquiatría hospitalaria aguda, junto con unidades de vivienda de apoyo permanente para la alta proporción de pacientes que experimentan falta de vivienda, sin duda mejorará el flujo y disminuirá los costos y cuellos de botella en las categorías de camas upstream. La metodología de simulación de

camas debe replicarse para interrogar más a fondo la información disponible, mitigar las limitaciones de datos y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente. Debido a que el sistema de atención médica y las necesidades de los clientes están en constante evolución, la metodología es más eficaz si se utiliza al menos anualmente. Por lo tanto, el ejercicio debe convertirse en un procedimiento operativo estándar para que la DPH mejore constantemente los resultados de salud y obtenga recompensas financieras.

apéndice:

SFDPH Camas de Salud Conductual Año Fiscal 2018-19



**Resultados adicionales del modelo:**

**Escenario 2 Resultados:** En el escenario 2, el modelo ajustó los datos históricos utilizando la suposición de que todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en los Servicios de Emergencia Psiquiátrica lo hacen debido a la falta de capacidad en la ubicación del tratamiento "siguiente parada", Psiquiatría Aguda Inpatient, en Zuckerberg San Francisco General (ZSFG). Posteriormente, el modelo calculó el número de camas necesarias para evitar este tiempo de espera. En este escenario, el modelo identificó que para prevenir cuellos de botella en los Servicios de Emergencia Psiquiátrica, el número de camas en Psiquiatría Hospitalaria Aguda tendría que aumentar significativamente (61 por ciento). Sin embargo, debido a que se ha demostrado que las inversiones realizadas en categorías de camas aguas abajo reducen o incluso eliminan los cuellos de botella aguas arriba, DPH, en conversaciones con los expertos de Mosimtec, se opuso a incluir este resultado como recomendación final. Este enfoque se probará y analizará cuando el ejercicio de modelado de simulación de cama se repita anualmente.

Tabla 6: Escenario 2 Recuentos recomendados de camas

Categoría cama	Recuento de camas de	Recuento recomendado	Aumento
Psiquiatría hospitalaria aguda ZSFG	44	71	61%

**Informes de validez:** las tablas siguientes proporcionan detalles sobre las salidas del modelo en comparación con los datos de entrada históricos. Estos informes respaldan la conclusión de que el modelo reflejaba la realidad en un grado razonable de confianza.

Tabla 7: Llegadas por día

categoría	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	2.91	2.92	0%
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	3.42	3.40	(1%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	0.75	0.75	0%
Respiro psiquiátrico del colibrí	1.79	1.79	0%
Tratamiento de subaute bloqueado	0.54	0.54	0%
Tratamiento residencial de salud mental	0.88	0.88	0%
Opción - San Francisco	0.81	0.81	0%
Servicios psiquiátricos de emergencia	21.94	21.95	0%
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	0.21	0.22	5%
Atención psiquiátrica urgente	7.07	7.06	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	0.27	0.27	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	0.12	0.11	(8%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - En	0.23	0.23	0%

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	0.16	0.16	0%
Centro aleccionador	18.03	18.03	0%
Desintoxicación del modelo social	2.88	2.87	0%
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	3.40	3.40	0%
Consumo de sustancias Rebara residencial	0.65	0.65	0%
Gestión de retiros	2.12	2.12	0%

Tabla 8: Duración media de la estancia (días)

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	13	12	(8%)
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	12	11	(8%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	52	51	(2%)
Respiro psiquiátrico del colibrí	15	14	(7%)
Tratamiento de subaute bloqueado	205	203	(1%)
Tratamiento residencial de salud mental	65	64	(2%)
Opción - San Francisco	8	8	0%
Servicios psiquiátricos de emergencia	1	1	0%
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	106	99	(7%)
Atención psiquiátrica urgente	1	1	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	272	268	(1%)
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	155	143	(8%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - En	195	185	(5%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	154	142	(8%)
Centro aleccionador	0	0	0%
Desintoxicación del modelo social	6	6	0%
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	51	50	(2%)
Consumo de sustancias Rebara residencial	99	97	(2%)
Gestión de retiros	10	10	0%

Tabla 9: Utilización de la cama

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	82%	79%	(4%)
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	90%	83%	(8%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	75%	73%	(3%)
Respiro psiquiátrico del colibrí	85%	84%	(1%)
Tratamiento de subaute bloqueado	*desconocido	79%	Na
Tratamiento residencial de salud mental	60%	52%	(13%)
Servicios psiquiátricos de emergencia	91%	82%	(10%)
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	*desconocido	86%	Na
Atención psiquiátrica urgente	45%	42%	(7%)
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	*desconocido	74%	Na
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	*desconocido	79%	Na
Centro de Atención Residencial para Ancianos -	*desconocido	75%	Na
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	*desconocido	75%	Na
Centro aleccionador	72%	36%	(50%)
Desintoxicación del modelo social	78%	72%	(8%)
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	69%	64%	(7%)
Consumo de sustancias Rebara residencial	66%	54%	(18%)
Gestión de retiros	78%	74%	(5%)