



**Departamento de Servicios de
Atención Médica del Estado de California**

**Evaluación del continuo de atención para los servicios de salud
conductual en California**

Datos, perspectivas de las partes interesadas e implicaciones

enero 10th, 2022

Este informe fue preparado para DHCS por Manatt Health con el apoyo del Dr. Anton Nigusse Bland

Evaluación del continuo de atención para los servicios de salud conductual en California

Datos, perspectivas de las partes interesadas e implicaciones

I. Resumen.....	ejecutivo5
Acerca de la evaluación	5
Visualización de un continuo básico de atención	6
El estado del comportamiento en California	7
Cuestiones y oportunidades clave	11
3.1 Introducción.....	16
Marco para un continuo básico de atención.....	27
Principiosclave.....	27
La importancia de la telesalud.....	29
3.2 Continuidad básica de la atención.....	30
II. El estado de la salud conductual en California.....	36
4.1 Principales conclusiones	37
III. Desafíos de servicio en todo el continuo de atención de salud conductual	42
5.1 Servicios ambulatorios	42
¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?	44
¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?	48
5.2 Compatibilidad con pares y recuperación	49
Comida para llevar.....	49
¿Qué datos están disponibles y qué dicen?	50
¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?	50
5.3 Servicios y apoyos comunitarios	51
Apoyos de vivienda.....	53
Disponibilidad de viviendas y apoyos integrados	55
Empleo con apoyo	57
Disponibilidad de empleo con apoyo	58
5.4 Servicios de soporte intensivo.....	59

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?	61
¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?	62
5.5 Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también conocidos como treatment asistido por medicamentos o MAT)	63
Disponibilidad de MAT	65
5.6 Tratamiento residencial para trastornos de salud mental y uso de sustancias	70
¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?	71
¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?	77
5.7 Servicios de crisis.....	78
Servicios móviles de crisis	80
Disponibilidad de unidades de estabilización de crisis.....	85
Disponibilidad de servicios de relevo de crisis (incluidos los servicios de relevo de crisis entre pares)88 Programas residenciales de crisis a corto plazo.....	89
Centros de aleccionamiento.....	91
5.8 Servicios de gestión de retiros.....	92
Disponibilidad de WM Services.....	92
5.9 Servicios para pacientes hospitalizados.....	95
Disponibilidad de servicios para pacientes hospitalizados	95
IV. Poblaciones de Focus.....	100
6.1 Niños y Jóvenes	100
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	103
Servicios de salud mental vinculados a la escuela	104
Psiquiatras Infantiles.....	107
Servicios SUD para adolescentes.....	108
Programas de psicosis del primer episodio	109
Trastornos de la..... alimentación	111
6.2 Poblaciones involucradas en la justicia.....	112
Servicios de salud conductual para personas que están involucradas en la justicia.....	118
6.3 Comunidades AI/AN.....	120

Desafíos y oportunidades en los servicios de salud conductual para individuos y comunidades de IA / AN	121
V. Desafíos y oportunidades de máxima prioridad	123
VI. Implicaciones en todo el continuo de la atención	128
8.1 Consideraciones preventivas, de bienestar y ambulatorias	129
8.2 Consideraciones sobre los servicios de crisis	129
8.3 Consideraciones de apoyo a la comunidad, los pares y la recuperación	130
8.4 Consideraciones sobre los servicios intensivos para pacientes ambulatorios y de tratamiento	130
8.5 Consideraciones sobre determinados servicios SUD.....	131
VII. Conclusión	133
Apéndice A – Lista de acrónimos	134
Apéndice B – Datos	137
Apéndice C – Enfoque y metodología	159
Establecimiento del marco para un continuo básico de atención	159
Recopilación de datos cuantitativos	160
Recopilación de datos cualitativos	163
Limitaciones de la evaluación	163
Apéndice D – Evaluación de la necesidad.....	165
SMI entre adultos	166
SUD entre adultos.....	168
SED entre niños/jóvenes.....	171
Adolescentes con SUD	173
Condiciones de salud conductual entre la población involucrada en la justicia ..	174
Apéndice E – Tablas adicionales con información específica del condado ...	177

I. Resumen ejecutivo

sobre la evaluación

La pandemia de COVID-19 ha exacerbado los desafíos de salud conductual, tanto la salud mental como el trastorno por uso de sustancias, y ha impuesto demandas significativas al sistema existente de atención y la capacidad de la fuerza laboral. Con la salud conductual como una de las principales prioridades de la administración de Newsom y las inequidades en todo el sistema de atención médica exacerbadas aún más por la pandemia de COVID-10, es el momento óptimo para el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) para producir una evaluación actualizada del sistema de salud conductual de California. Si bien DHCS utilizará la evaluación para informar su trabajo sobre iniciativas como el BHCIP y la solicitud de exención SMI / SED 1115, no es la única fuente de información que se utilizará ni es una descripción de las posiciones y planes específicos de la Administración. DHCS se compromete a continuar trabajando estrechamente con las partes interesadas para implementar iniciativas críticas en curso y desarrollar políticas futuras a medida que evolucionan las iniciativas de salud conductual.

La evaluación proporcionará datos y perspectivas de las partes interesadas para DHCS a medida que implementa importantes iniciativas de salud conductual, responde a nuevas oportunidades de financiamiento federal y se prepara para presentar una Sección 1115 de Medicaid exención de demostración en 2022 para fortalecer los servicios de salud mental para personas que viven con enfermedades mentales graves (SMI) y niños y jóvenes que viven con trastornos emocionales graves (SED).¹

Específicamente, esta evaluación tiene como objetivo hacer lo siguiente:

- **Proporcionar un marco** para describir el continuo central de los servicios de atención de salud conductual, lo que permite comparar "lo que es" en California con "lo que debería ser".
- **Revisar los datos disponibles y recopilar información de las partes interesadas y los expertos** sobre la necesidad y el suministro de servicios clave de salud conductual en California.
- **Apoyar el diseño y la implementación de varias iniciativas de salud conductual**, incluida la solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para una exención de SMI / SED 1115 y el Behavioral Programa de Infraestructura continua de salud (BHCIP).
- **Explorar temas y oportunidades para poblaciones específicas:** niños, adolescentes y jóvenes; Individuos indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN); y las personas que están involucradas en la justicia. Estas poblaciones fueron identificadas por los participantes del grupo focal en las primeras etapas de la evaluación como críticas para abordar a través de una lente de equidad, pero no deben ser vistas como los únicos grupos que merecen mucha atención.
- **Discuta las implicaciones para el trabajo de DHCS** y para los esfuerzos más amplios de California para fortalecer el sistema de salud conductual.

La evaluación se preparó entre julio y noviembre de 2021 utilizando datos de informes y encuestas existentes de California, así como información específica de California de bases de datos nacionales y una revisión de Medi-Cal (el programa Estatal de Medicaid)

¹ Esta exención se conoce como la exención SMI/SED 1115 durante el resto de este informe.

reclamaciones administrativas. Para integrar las perspectivas de las partes interesadas clave, la evaluación también se basa en una encuesta de directores de salud conductual de los condados realizada en asociación con la Asociación de Directores de Salud Conductual del Condado de California (CBHDA), así como entrevistas con las partes interesadas y grupos focales. La evaluación proporciona algunos datos e información sobre el sistema de salud conductual más amplio en California, pero se centra principalmente en los servicios disponibles para los afiliados de Medi-Cal que viven con enfermedades graves, enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias. Esto refleja el papel prominente de Medi-Cal en el servicio a los californianos que experimentan estas afecciones, así como el papel de DHCS como administrador del programa Medi-Cal. Es importante tener en cuenta que estos datos se recopilaban en un momento en que el estado está implementando numerosos programas a gran escala para tratar de abordar muchos de los problemas detallados en este informe y, por lo tanto, los datos no reflejan los impactos de estas recientes inversiones significativas (véase la tabla "Principales iniciativas de salud conductual nuevas y planificadas").

Visualización de un continuo básico de atención

La evaluación define un continuo central de servicios de salud conductual, identificando los elementos de un sistema de salud conductual fuerte y efectivo. Extraído de la literatura y la opinión de expertos, se basa en un conjunto de principios clave. Estos incluyen que el sistema de salud conductual debe:

- Estar centrado en la persona y culturalmente receptivo;
- Ofrecer una gama completa de servicios con énfasis en la prevención ascendente y una amplia gama de atención basada en la comunidad;
- Centrarse en lograr la equidad; y
- Reflejar las mejores prácticas basadas en la evidencia y definidas por la comunidad.

Si bien el continuo describe ocho categorías principales diferentes de servicios, es importante destacar que no siempre son distintos entre sí. En la práctica, un person puede requerir y recibir servicios de más de una categoría en un momento dado. Por ejemplo, una persona inscrita en un programa ambulatorio intensivo también podría recibir apoyo de un especialista en recuperación de pares. Además, las personas entran y salen rutinariamente de la atención, requiriendo servicios de diferentes categorías, a veces en cuestión de horas o días.

Figura 1. Continuidad básica de la atención

Prevention and Wellness Services	Outpatient Services	Peer and Recovery Services	Community Services and Supports	Intensive Outpatient Treatment Services	SUD Residential Treatment	Crisis Services	Intensive Treatment Services
Prevention and wellness services, including services, activities and assessments that educate and support individuals to maintain healthy lifestyles and prevent acute or chronic conditions, like wellness checks and health promotion activities	Outpatient services, including a variety of traditional clinical outpatient services like individual and group therapy, ambulatory detoxification services	Peer and recovery services delivered in the community that can be provided by individuals with lived experience, including young adults and family members	Community supports include flexible services that are designed to enable individuals to remain in their homes and participate in their communities, like supported housing, case management, supported employment and supported education	Intensive outpatient treatment services including services such as ACT (Assertive Community Treatment) and substance use intensive outpatient services that are delivered using a multi-disciplinary approach to support individuals with higher acuity behavioral health needs	SUD residential treatment provided in short-term residential settings to divert individuals from or as a step-down from intensive services	Crisis services include a range of services and supports, such as crisis call centers, mobile crisis services and crisis residential services that assess, stabilize and treat individuals experiencing acute distress	Intensive treatment services are provided in structured, facility-based settings to individuals who require constant medical monitoring

El estado de la salud conductual en California

Cerca de uno de cada diez adultos de California (9.2 por ciento) tiene un trastorno por uso de sustancias (SUD), y casi uno de cada 20 (4.5 por ciento) tiene una enfermedad mental grave (SMI).² Muchos de estos adultos que viven con SMI o SUD se encuentran entre los 14 millones de californianos³ inscritos en Medi-Cal. Medi-Cal desempeña un papel particularmente importante para las personas que viven con SMI y SUD. Muchos otros reciben servicios a través del condado y entidades tribales. Las aseguradoras privadas cubren a más de 21 millones de californianos, y también juegan un papel clave.⁴ Sin embargo, varias partes interesadas informaron que las personas que viven con las afecciones de salud conductual más graves: enfermedad mental grave, trastorno emocional grave (SED) entre los niños y los jóvenes, trastornos alimentarios potencialmente mortales, a menudo terminan atendidos a través del público

² SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, 2018 y 2019.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29394/NSDUHDetailedTabs2019/NSDUHDetailedTabsSect8pe2019.htm>.

³ Inscripción en Medi-Cal, Inscripción mensual en todo el estado de Medi-Cal, Departamento de Servicios de Salud e de California, junio de 2021. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/dataandstats/Pages/Medi-Cal-Elegibilidad-Estadísticas.aspx>.

⁴ Fundación de la Familia Kaiser. Cobertura de seguro de salud de la población total:

<https://www.kff.org/other/state-indicator/total-población/?dataView=1¤tTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>.

sistema de salud conductual. Esto puede deberse a que no tienen seguro privado, pero varias partes interesadas de los proveedores también compartieron informes anecdóticos de aseguradoras privadas que no proporcionaron el nivel adecuado de recursos necesarios para atender a las personas más gravemente afectadas, dejando que los pacientes se trasladen al sistema público. Un estudio nacional reciente del consumidor encontró que los pacientes con seguro privado tenían más probabilidades de calificar su red de proveedores de salud mental ("red de proveedores" incluye médicos, clínicos, otros profesionales de la salud y sus instituciones que componen la red), por ser inadecuados en comparación con su red de proveedores médicos.⁵ Estos hallazgos, junto con la alta tasa de denegaciones de reclamos por tratamiento de salud mental bajo seguro privado, sugieren que más personas con un comportamiento grave las condiciones de salud pueden eventualmente depender del sistema público de salud conductual para sus servicios.⁶

Un análisis de la prevalencia de condiciones de salud conductual en California y la medida en que las personas están recibiendo servicios para tales condiciones indicó:

- **Un número significativo y creciente de residentes de California viven con una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias.** En relación con el país en su conjunto, los adultos de California son algo más propensos a tener un trastorno por uso de sustancias y menos propensos a tener una enfermedad mental grave. Sin embargo, la tasa de enfermedades mentales graves en California, según lo informado en los datos de la encuesta, ha aumentado en más del 50 por ciento de 2008 a 2019.⁷ Un número mayor y creciente de residentes de California experimentan un trastorno mental, conductual o emocional (cualquier enfermedad mental) que no cumple con el umbral clínico para SMI, que conduce a un deterioro funcional que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades importantes de la vida.^{8,9} Estos individuos pueden experimentar trastornos del estado de ánimo, incluida la depresión leve y la ansiedad, que pueden tratarse de manera efectiva con diferentes formas de psicoterapia basada en la evidencia, como la cognitiva, terapia conductual (TCC) y terapia dialéctica conductual (DBT) que son modalidades de tratamiento estructuradas.
- **Muchos niños en California viven con una alteración emocional grave,** y las condiciones de salud conductual **y las tasas de suicidio están aumentando.** Uno de cada 13 niños en California tiene un SED, con tasas más altas para los niños de bajos ingresos y aquellos

⁵ Busch SH, Kyanko K. Evaluación de las percepciones de la salud mental frente a las redes de planes de salud médica entre adultos estadounidenses con seguro privado. *JAMA Netw Abierto*. 2021;4(10):e2130770. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.30770.

⁶ N.D. Cal., No. 3:14-cv-02346-JCS, 3/5/19.

⁷ SAMHSA. Barómetro de Salud Conductual de California Volumen 6.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rp>

t32821/California-BH- Barometer_Volume6.pdf.

⁸ SAMHSA. Tablas específicas del estado de NSDUH 2018-2019. 28 de enero de 2021.

Disponible en <https://www.samhsa.gov/data/report/2018-2019-nsduh-state-specific-tables>.

⁹ SAMHSA. Estimaciones de prevalencia basadas en modelos NSDUH 2017-2018 (50 estados y el Distrito de Columbia). 18 de diciembre de 2019. Disponible en

<https://www.samhsa.gov/data/report/2017-2018-nsduh-state-prevalence-estimates>.

que son negros o latinos, en relación con otros grupos raciales y étnicos.¹⁰ En los últimos años, la tasa de suicidios entre los jóvenes de California ha ido en aumento, y la pandemia parece haber empeorado la situación.¹¹ A nivel nacional, las visitas a los departamentos de emergencia (DE) debido a una crisis de salud mental han aumentado en un 24 por ciento para los niños entre las edades de 5 y 11 años y un 31 por ciento para los niños de entre 5 y 11 por ciento para los niños de entre 5 y 11 años. de 12 a 17 años. (Los datos específicos de California sobre el uso de la disfunción eréctil debido a crisis de salud mental para niños y jóvenes no estaban disponibles para este informe).¹²

Figura 2. **Número de suicidios en California por cada 100,000 jóvenes de 15 a 24 años**¹³

Periodo	2012 - 2014	2013 – 2015	2014 - 2016	2015 - 2017	2016 - 2018	2017 - 2019
Tasa de suicidio por	7.3	7.6	7.7	8.3	8.6	8.9

- **Los grupos marginados experimentan tasas más altas de condiciones de salud conductual y más barreras para la atención.** Al igual que en el resto del país, los grupos marginados en California a menudo corren un mayor riesgo de problemas de salud conductual, pero también es menos probable que puedan acceder a ellos. servicios. Por ejemplo, las poblaciones de indios americanos / nativos de Alaska (AI / AN) a nivel nacional informan tasas más altas de trastorno de estrés postraumático y dependencia del alcohol que cualquier otro grupo étnico / racial (reciente California-specific Los datos no están disponibles), mientras que los niños negros y latinos en California enfrentan tasas relativamente más altas de SED. Al mismo tiempo, los grupos marginados enfrentan barreras adicionales para la atención. Los californianos negros, por ejemplo, son mucho menos propensos a reportar haber recibido servicios de salud mental para ellos o un miembro de la familia que otros raciales y étnicos.

¹⁰ Holzer C y Nguyen H, "Estimación de la necesidad de servicios de salud mental". Consultado en octubre de 2021. Disponible en https://ahea.assembly.ca.gov/sites/ahea.assembly.ca.gov/files/Joint%20Health%2002_26_19%20Teare%20to%20Ctte.pdf.

¹¹ Departamento de California de Salud Pública, Archivos Maestros Estadísticos de Muerte (Jun. 2021); Base de datos en línea DE LOS CDC WONDER, causa subyacente de muerte (junio de 2021); Departamento de Finanzas, Estimaciones y Proyecciones de Población de California (julio de 2021). Datos descargados de KidsData.org: <https://www.kidsdata.org/topic/213/suicide-rate/table#fmt=2772&loc=2&tf=134,125,122,120,93,86&sortColumnId=0&sortType=asc>.

¹² RT, Bitsko RH, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland KM. Visitas al departamento de emergencias relacionadas con la salud mental entre niños de <18 años durante la pandemia de COVID-19 — Estados Unidos, 1 de enero a octubre 17, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep

2020;69:1675–1680. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6945a3>.

¹³ Fuente: Departamento de California de Salud Pública, Archivos Maestros Estadísticos de Muerte (Jun. 2021); Base de datos en línea DE LOS CDC WONDER, causa subyacente de muerte (junio de 2021); Departamento de California de Finanzas, Estimaciones de Población y Proyecciones (Julio 2021). Datos descargados de KidsData.org: <https://www.kidsdata.org/topic/213/suicide-rate/table#fmt=2772&loc=2&tf=134,125,122,120,93,86&sortColumnId=0&sortType=asc>.

grupos (16.1 por ciento de los californianos frente al 23.1 por ciento de los blancos, el 23 por ciento de los asiáticos y el 29 por ciento de los californianos latinos).¹⁴

- **Las personas que están involucradas en la justicia experimentan tasas sustancialmente más altas de afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias, y a menudo terminan encarceladas debido a esas afecciones.** En California, cerca de uno de cada tres adultos en prisión (30 por ciento) recibió servicios de salud mental en 2017, más del doble de la tasa desde 2000. Las cárceles generalmente tienen tasas aún más altas de personas que viven con trastornos de salud mental y uso de sustancias, en gran parte porque las personas pueden haber sido arrestadas y encarceladas por delitos molestos asociados con sus condiciones (por ejemplo, comportamiento errático debido a psicosis, posesión de drogas ilícitas). Las tasas varían según la cárcel y, con el tiempo, una estimación conservadora es que más del 60 por ciento de los adultos en la cárcel tienen un trastorno por uso de sustancias y una cuarta parte a un tercio tiene una enfermedad mental grave. Además, los datos sugieren que más de la mitad de todos los jóvenes en el sistema de justicia juvenil con sede en el condado en California tienen un caso de salud mental abierto.¹⁵
- **Muchos residentes de California con una condición de salud conductual experimentan desafíos para obtener tratamiento.** Entre los californianos que buscan servicios de salud mental, más de cuatro de cada diez (43 por ciento) informaron que era algo o muy difícil asegurar una cita con un proveedor que acepta su seguro. Por el contrario, el 15 por ciento de los californianos que buscan servicios de salud física informaron que era algo o muy difícil encontrar un proveedor que aceptara su seguro.¹⁶ Hasta un tercio o más de las personas con enfermedades mentales graves que están inscritas en Medi-Cal no reciben ningún servicio especializado en educación mental de Medi-Cal.¹⁷ Problemas similares surgen con respecto a las personas con trastornos por uso de sustancias; A nivel nacional, casi el 90 por ciento de las personas que viven con un trastorno por uso de sustancias no reciben tratamiento y, en California, la tasa a la que los residentes accedieron al tratamiento para un trastorno por uso de sustancias disminuyó durante la pandemia.¹⁸ En algunos casos, las personas con

¹⁴ La Encuesta de Políticas de Salud de California de CHCF 2021". Fundación de Atención Médica de California. Disponible en https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/01/CHCF2021CAHealthPolicy_Encuesta.pdf.

¹⁵ "Salud mental en California: comprender la prevalencia, las conexiones del sistema, la prestación de servicios y la financiación", California Budget and Policy Center, marzo de 2020. Disponible en https://calbudgetcenter.org/wp-content/uploads/2020/03/CA_Budget_Center_Mental_Health_CB2020.pdf.

¹⁶ "The 2021 CHCF California Health Policy Survey", California Health Care Foundation, enero de 2021. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/01/CHCF2021CAHealthPolicy>

[Encuesta. pdf.](#)

¹⁷ Menos del 4 por ciento de los beneficiarios adultos de Medi-Cal en California recibieron un servicio especializado de salud mental en 2019. El análisis de los datos de reclamos de Medi-Cal sugiere que alrededor del 6.3 por ciento de los beneficiarios de Medicaid tenían SMI en 2019, lo que implica que muchos beneficiarios adultos de Medi-Cal con SMI no reciben tratamiento.

¹⁸ Henretty, Kirsten et al. "Impacto de la pandemia de coronavirus en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias: hallazgos de una encuesta de proveedores especializados en California". *Abuso de sustancias: investigación y tratamiento*. Enero 2021. doi:10.1177/11782218211028655.

Las necesidades de salud conductual que buscan atención pueden ser rechazadas porque sus necesidades se consideran "demasiado graves", o porque tienen un historial de encarcelamiento o comportamientos que los proveedores deciden hacerlos inelegibles para sus programas e iniciativas de tratamiento.

- **Medi-Cal desempeña un papel importante en la cobertura de personas que viven con enfermedades mentales graves y trastornos por uso de sustancias.** La tasa de enfermedades mentales graves entre los afiliados a Medicaid a nivel nacional es casi el doble de la tasa entre las personas con otras fuentes de seguro y también es más alta que la tasa entre las personas que no tienen seguro.¹⁹ Los datos de Medi-Cal sugieren que esta tendencia también se mantiene en California. Para cerca de la mitad de los residentes de California con un trastorno por uso de sustancias, Medi-Cal es la principal fuente de cobertura.²⁰
- **La variación a nivel de condado en la prevalencia de condiciones de salud conductual es marcada.** Dadas las grandes diferencias en California en las características económicas y demográficas de los residentes del condado, hay diferencias considerables en la tasa de condiciones de salud conductual a nivel de condado. Entre los afiliados a Medi-Cal, la tasa (como se refleja en los datos de reclamos) de enfermedades mentales graves por condado varía de un mínimo de 4.1 por ciento a un máximo de 12.1 por ciento; el trastorno por uso de sustancias oscila entre el 2,1 y el 8 por ciento; y el SED oscila entre menos del 1 por ciento y el 7,8 por ciento.²¹ Las tasas más altas de SUD entre los afiliados a Medi-Cal en algunos condados se correlacionan con una mayor pérdida de vidas: cinco de los 10 condados con las tasas más altas de uso de sustancias. El trastorno entre los afiliados a Medi-Cal en 2019 también se encontraba entre los 11 condados principales en términos de tasas generales de mortalidad por sobredosis de drogas en 2020.²²

Cuestiones y oportunidades clave

La evaluación describe los desafíos existentes y las oportunidades clave en todo el estado para mejorar los servicios de prevención y las opciones de tratamiento. A continuación se describen las principales cuestiones y oportunidades que surgieron de la evaluación. Muchos de ellos ya son un foco de la agenda de salud conductual de DHCS, ofreciendo una oportunidad importante y oportuna para continuar abordando estos desafíos.

¹⁹ SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, 2018 y 2019.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29394/NSDUHDetailedTabs2019/NSDUHDetTabsSect8pe2019.htm>.

²⁰ Programa Nacional de Derecho Sanitario. Trastornos por uso de sustancias en Medi-Cal: una visión

general. https://healthlaw.org/resource/substance-use-disorders-in-medi-cal-an-overview/#_ftn1.

²¹ Si bien las limitaciones sobre cómo se pueden utilizar los datos basados en reclamaciones, es probable que sirvan como un proxy relativamente confiable de la variación a nivel de condado. Véase el apéndice C para obtener información adicional sobre las limitaciones de estas medidas basadas en reclamaciones.

²² Datos sobre las tasas de mortalidad por sobredosis de drogas del Panel de Vigilancia de Sobredosis de California: <https://skylab.cdph.ca.gov/ODdash/>

Es fundamental tener un enfoque integral de los servicios de crisis que enfatice el tratamiento y la prevención basados en la comunidad, y conecte a las personas con los servicios continuos.

La evaluación destaca la importancia de un esfuerzo integral para desarrollar un continuo de servicios de prevención y crisis, sobre la base de las muchas iniciativas existentes que ya están en marcha. Los servicios de crisis son una parte crítica del continuo más amplio de atención de la salud conductual. Si funcionan según lo previsto, pueden ofrecer ayuda oportuna a las personas en crisis, contribuir a que las personas reciban servicios en el entorno menos restrictivo, minimizar la presión sobre los servicios de urgencias y los hospitales, y reducir y cambiar el papel de las fuerzas del orden en la respuesta a las crisis de salud mental y uso de sustancias.

La mayoría de los organismos de salud conductual del condado de California consideran que es una alta prioridad desarrollar servicios de crisis. En la mayoría de los casos, buscan establecer modelos que ofrezcan servicios 24/7, los 365 días del año, y se conecten a la nueva línea 988 para la prevención del suicidio y crisis sanitarias programadas para entrar en vigor el 1 de julio de 2022. En particular, existe un gran interés en utilizar los servicios de crisis para prevenir un deterioro en las condiciones de las personas y para conectar a las personas con los recursos a largo plazo, no simplemente para estabilizar a las personas en la corriente momento.

Las opciones de vida basadas en la comunidad son esenciales para las personas que viven con enfermedades mentales graves y/o un trastorno por uso de sustancias.

La capacidad de tratamiento comunitario, las historias de largas esperas en la sala de emergencias y las personas que permanecen en hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados durante largos períodos son algunos de los desafíos más evidentes en California. sistema de salud conductual. Esta evaluación destaca la importancia de responder a estas necesidades urgentes y desarrollar una estrategia para encontrar formas de ayudar a las personas a vivir vidas independientes y significativas en sus comunidades. En línea con la visión más amplia de DHCS para la iniciativa California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM), esto requiere un cambio fundamental hacia la atención integral de la persona que se basa en las prioridades de las personas atendidas por el sistema de salud conductual. Para muchas personas que experimentan problemas significativos de salud conductual, esto significa determinar dónde quieren vivir, encontrar formas de conectarse con los demás, emplearse y participar en actividades significativas que faciliten la integración comunitaria.

Un aspecto central de este problema es la escasez de viviendas en todo el estado, especialmente viviendas asequibles acompañadas de apoyos para personas que viven con enfermedades mentales significativas o trastornos por uso de sustancias (es decir, viviendas de apoyo). Casi todos los condados reportaron necesidades agudas de vivienda y servicios de apoyo a la vivienda en todos los ámbitos, que van desde unidades asequibles hasta opciones de vivienda de apoyo permanente que

brindan servicios integrales de salud conductual. ces. Según varios participantes de grupos focales, la falta de una gama de opciones de vivienda y apoyos para individuos y familias con necesidades de salud conductual perpetúa un costoso ciclo de visitas evitables a la sala de emergencias, estadias de pacientes hospitalizados, colocaciones residenciales a largo plazo o encarcelamiento. Los participantes del grupo focal también señalaron la necesidad de servicios de empleo apoyado para ayudar a las personas a obtener y mantener empleos en sus comunidades. Es importante tener en cuenta que California ha realizado inversiones significativas en los últimos años para reforzar el suministro estatal de viviendas asequibles y las iniciativas clave de DHCS.

que están en marcha, como CalAIM y el Plan de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, tienen como objetivo fortalecer los servicios de apoyo.

Más opciones de tratamiento son vitales para los niños y jóvenes que viven con trastornos significativos de salud mental y uso de sustancias.

La evaluación destaca la importancia de los esfuerzos ya en curso para mejorar los servicios de tratamiento para niños y jóvenes, incluida la nueva Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes de California y el trabajo de DHCS en colaboración con el Departamento de Servicios Sociales para apoyar a los niños y jóvenes en riesgo de ingresar o ya inscritos o graduados del sistema de crianza.

Con la pandemia de COVID-19 ilustrando el papel crítico de la escuela y la comunidad para los niños y los jóvenes, las partes interesadas plantearon repetidamente la necesidad de servicios ambulatorios e intensivos ambulatorios que se puedan brindar en una d vinculada a las escuelas, a través de la telesalud o a través de servicios intensivos en el hogar que permiten a los niños permanecer con sus familias.

Cuando se requiere tratamiento residencial, actualmente hay una escasez de opciones, especialmente para los jóvenes que viven con un trastorno por uso de sustancias, lo que a menudo resulta en que sean enviados lejos de sus familias a otros condados o incluso a otros estados. Se espera que SB 855, la ley relativamente nueva de California que requiere que los planes de seguro regulados por el estado ofrezcan servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias médicamente necesarios, mejore la disponibilidad de la atención necesaria para niños y jóvenes con cobertura privada, al igual que las inversiones dentro de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes.

La prevención y la inversión temprana son fundamentales para los niños y los jóvenes, especialmente para aquellos que están en alto riesgo.

Con el aumento del estrés en las familias, las tendencias devastadoras en las tasas de suicidio juvenil y los informes de aumento de las hospitalizaciones de niños y adolescentes por afecciones de salud mental, las partes interesadas también plantearon la importancia de la prevención y los esfuerzos "aguas arriba", comenzando con los bebés y los niños pequeños. California tiene una serie de esfuerzos en marcha en este ámbito sobre el cual construir, incluida la nueva cobertura de Medi-Cal de terapia diádica para familias con niños; una iniciativa pionera en la nación para promover la detección de experiencias adversas en la infancia (ACE); y, a través de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes, una plataforma virtual y otros recursos preventivos disponibles para todos los niños y jóvenes, independientemente de su fuente de seguro. Las escuelas fueron identificadas como un recurso vital para las actividades preventivas y de intervención temprana. Actualmente, poco más de la mitad de los condados tienen en least un centro de salud basado en la escuela que ofrece servicios de salud mental; ²³ sin embargo, la mayoría de los condados están proporcionando algún tipo de servicios de salud mental en las escuelas. Estos centros y servicios adicionales vinculados a la escuela pueden brindar apoyo a niños y jóvenes que viven con ansiedad, depresión y otras afecciones, así como ofrecer grupos de

apoyo. y otros recursos para un grupo mucho más amplio de estudiantes que están experimentando

²³ Datos proporcionados por California School-Based Health Alliance a través de correspondencia personal en julio de 2021.

duelo, pérdida o eventos estresantes como discriminación o estrés familiar y no tienen una condición diagnosticada.

Los servicios de salud conductual deben diseñarse y prestarse de manera que promuevan la equidad y aborden las disparidades en el acceso a la atención basadas en la raza, el origen étnico y otros factores.

Un tema consistente en la evaluación es la importancia de los servicios culturalmente receptivos en todo el continuo de atención que satisface las necesidades de personas de géneros variados, orientaciones sexuales, razas y Etnias. Esto requiere el uso de las iniciativas de la fuerza laboral de California para garantizar que haya un fuerte enfoque en reclutar y retener a un conjunto diverso de proveedores, como es el enfoque con muchos de los programas de la fuerza laboral a través del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica. Muchas partes interesadas también señalaron que la nueva opción de California para que los condados ofrezcan servicios de apoyo entre pares en Medi-Cal puede hacer que sea más probable que los inscritos puedan ver proveedores que comparten algunas de sus experiencias de vida, como el idioma y los antecedentes culturales. Junto con un enfoque en abordar las disparidades raciales y étnicas en todas las iniciativas y formulación de políticas, se necesitan iniciativas específicas para las poblaciones marginadas similares al trabajo ya está en marcha en las comunidades de IA / AN para expandir los medicamentos para el tratamiento de la adicción (también conocido como tratamiento asistido por medicamentos, o MAT) a través del proyecto Tribal MAT.

En términos más generales, la importancia de abordar las disparidades en la salud conductual y las estrategias para hacerlo han sido elevadas por el Proyecto de Reducción de Disparidades de California (CRDP). CRDP es una iniciativa de política estatal para reducir las disparidades de salud mental entre las comunidades históricamente desatendidas y desatendidas. La fase Yo del proyecto se centró en el desarrollo de ONU plan estratégico para abordar las disparidades de salud mental camarilla contra evaluaciones específicas de la población e informes de recomendación para cinco prioridades. poblaciones: negros, asiáticos e isleños del Pacífico, latinos, indios americanos/nativos de Alaska y LGBTQ+. Ahora en la Fase II CRDP está en el proceso de implementar y evaluar 35 prácticas de evidencia definidas por la comunidad (CDEP) entregadas por organizaciones comunitarias (CBO) que

Se puede hacer más para fomentar que las prácticas basadas en la evidencia y definidas por la comunidad se utilicen de manera consistente y con fidelidad en todo el sistema de salud conductual de California.

La evaluación destaca la importancia de adoptar y hacer pleno uso de los tratamientos basados en la evidencia que pueden mejorar en gran medida las vidas cuando se implementan de manera amplia y con fidelidad. Las opciones para considerar incluyen el manejo de contingencias para los trastornos por uso de estimulantes; empleo apoyado; vivienda de apoyo; Equipos de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) y Equipos de Tratamiento Comunitario Asertivo Forense (FACT); iniciativas de psicosis del primer episodio; protocolos especializados de trastornos alimentarios; Varios condados y proveedores individuales de

California ofrecen uno o más de estos servicios, pero aún no están disponibles con fidelidad en la escala. requerido para apoyar la atención óptima para los californianos.

DHCS se ha centrado en difundir muchas de estas prácticas en los últimos años, como a través del Proyecto de [Expansión MAT de California](#), pero se puede hacer más. Actualmente, por ejemplo, muchos condados todavía carecen de suficientes proveedores con exenciones para prescribir MAT. Los equipos multidisciplinarios que proporcionan ACT no son un beneficio cubierto en Medi-Cal a pesar de su efectividad establecida para ayudar a las personas que viven con enfermedades mentales graves a permanecer en el comunidad. Muchos otros enfoques basados en la evidencia, como los programas de psicosis del primer episodio (FEP) se ofrecen en algunas regiones del estado o en programas altamente especializados, pero serían más impactantes si está más ampliamente disponible. DHCS está proponiendo un programa piloto para ofrecer manejo de contingencias a los afiliados a Medi-Cal con un trastorno por uso de estimulantes a partir del 1 de julio de 2022, que se espera que impulse difusión de esta práctica clave. Más allá de los modelos específicos de atención, existe un interés significativo en ampliar el uso de enfoques basados en la evidencia para la terapia, incluida la TCC y la DBT. Estas modalidades tienen una sólida base de evidencia y pueden ser efectivas para individuos con afecciones leves a moderadas, así como para aquellos con afecciones más graves. enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias.

Además de ampliar la cobertura y el acceso a los EBP en todo el estado, DHCS también reconoce la importancia de mantener las prácticas definidas por la comunidad que reflejen un enfoque "de abajo hacia arriba" cultivado localmente para la salud conductual. Intervenciones. Bajo este modelo, los profesionales basados en la comunidad desarrollan intervenciones que están orientadas a una comunidad o población específica y, a menudo, están basadas en la cultura. Ejemplos de prácticas definidas por la comunidad incluyen círculos de hermanas, que ofrecen apoyo social que crea un espacio seguro y alentador para que las mujeres negras participen en la curación colectiva.

Es fundamental abordar de manera más efectiva los problemas de salud conductual, y los problemas relacionados con la vivienda, la salud económica y física, de las personas que están involucradas en la justicia.

Las partes interesadas subrayaron repetidamente la importancia de encontrar formas más efectivas de evitar el encarcelamiento innecesario de personas por trastornos de salud mental y uso de sustancias, como a través de cambios en el sistema de crisis mencionados anteriormente, así como para garantizar que cuando estas personas sean liberadas, estén conectadas a servicios y apoyos. Cal-AIM promueve este objetivo al solicitar la aprobación federal para ampliar la cobertura de ciertos servicios de Medi-Cal en los 90 días anteriores a la liberación de la cárcel o prisión o de un centro de justicia juvenil, y proporcionar un suministro de medicamentos para 30 días, así como el equipo médico duradero necesario después de la liberación. Existe un profundo interés en la iniciativa de DHCS para asegurar la aprobación federal para ofrecer servicios a personas que están involucradas en la justicia. Varios condados ya tienen tales esfuerzos en marcha. Más allá del reembolso por los servicios prestados a las personas mientras estaban encarceladas y la garantía de un reingreso apoyado, los condados y otras partes interesadas destacaron la importancia de construir la red de

proveedores que están capacitados y equipados para trabajar con estas personas.

Muchos más hallazgos y datos se incluyen en el informe completo, así como una discusión de las implicaciones de los datos y las recomendaciones hechas por varias partes interesadas sobre cómo DHCS y otras agencias estatales pueden responder. En los meses y años venideros,

DHCS continuará revisando y actualizando estos hallazgos para informar su proceso de implementación de iniciativas existentes y en el desarrollo de otras nuevas. DHCS continuará trabajando con una amplia gama de partes interesadas (consumidores, familias, proveedores, pagadores y más) que comparten el fuerte interés en mejorar la salud conductual de California. sistema para todos.

II. Introducción

En los últimos años, el Estado de California ha realizado inversiones significativas para fortalecer su sistema de salud conductual (incluido el trastorno de salud mental y uso de sustancias (SUD)) (ver descripción de las inversiones en llamadas más adelante en esta sección) a través de la implementación y planificación de varias iniciativas importantes para todos los californianos, independientemente de su estado de seguro. Estos incluyen:

- Invertir más de \$ 2 mil millones para subvenciones competitivas a entidades calificadas para construir, adquirir y rehabilitar activos inmobiliarios para expandir el continuo comunitario de recursos de tratamiento de salud conductual (BHCIP).
- Dedicar más de \$4 mil millones a la atención de salud conductual para niños y jóvenes de California (la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes), que incluye: la construcción de una plataforma de servicios de atención virtual; hacer inversiones históricas en servicios escolares de salud conductual; ampliar la fuerza laboral de salud conductual; lanzar una campaña de educación pública; escalar los servicios de salud conductual basados en la evidencia en todo el estado; empoderar a los jóvenes e incorporar la voz de los jóvenes; y otras inversiones importantes en el bienestar de los niños y los jóvenes.
- Ampliar los servicios de crisis, incluidas las nuevas subvenciones móviles de infraestructura de crisis, y apoyar la red estatal de líneas de respuesta a crisis de suicidio y salud mental
- Financiar viviendas para personas que están experimentando la falta de vivienda o en riesgo de quedarse sin hogar debido a problemas de salud conductual, edad o discapacidad.
- Hacer inversiones significativas, cientos de millones de dólares, en el sistema de cuidado de crianza desde el inicio de Continuum of Care Reforms, de las cuales una parte es para apoyar iniciativas de salud mental y conductual.
- Invertir a lo largo de varios años, a través del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica, en la fuerza laboral de salud y salud conductual, incluido el aumento del número de proveedores de salud conductual en el estado, la expansión de la diversidad de proveedores y orientación de los proveedores a las comunidades más desatendidas.

Para los 14 millones de personas en California inscritas en Medi-Cal (el programa medicaid del estado), ²⁴ DHCS están simplificando y fortaleciendo los servicios de salud conductual como parte del [California Advancing y](#) la iniciativa [Innovating Medi-Cal](#) (CalAIM), un esfuerzo de varios años para apoyar la atención integral integrada.

El fuerte enfoque del Estado en la salud conductual y sus inversiones actuales

reflejan la necesidad urgente y creciente de la prevención y el tratamiento de la salud conductual.

²⁴Inscripción en Medi-Cal, Inscripción mensual en todo el estado de Medi-Cal, Departamento de Servicios de Atención Médica de California, junio de 2021. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/dataandstats/Pages/Medi-Cal-Eligibility-Statistics.aspx>.

condiciones entre los residentes de California. Los desafíos existían antes de covid-19, y la pandemia ha aumentado aún más la importancia de abordarlos. Ha expuesto áreas de mejora en el continuo de atención de la salud conductual, ha ampliado la necesidad de servicios debido al aislamiento y el estrés, ha exacerbado la escasez de mano de obra y ha destacado la atención sobre las desigualdades en la necesidad y el acceso a todas las formas de atención de la salud. Entre abril y junio de 2020, a nivel nacional, la tasa de personas que informaron síntomas de ansiedad y depresión se triplicó en comparación con el año anterior.²⁵ El impacto de COVID-19 en las comunidades negras, indígenas y de personas de color fue aún más severo, con adultos negros y latinos experimentando tasas significativamente más altas de ansiedad y depresión que los adultos blancos.²⁶ Para los niños, la pandemia puso de relieve que su salud mental y su bienestar están inextricablemente vinculados a sus familias, escuelas y comunidades, lo que redundará en una atención renovada a la importancia de los servicios de salud conductual basados en la familia y la comunidad.

Con la salud conductual como una de las principales prioridades de la administración Newsom, muchas iniciativas importantes de salud conductual en curso, nuevas oportunidades de financiamiento federal y una creciente demanda de más servicios de salud conductual, es el momento óptimo para que DHCS produzca una evaluación actualizada del sistema de salud conductual de California. La evaluación está diseñada para servir como un recurso para DHCS y otras partes interesadas a medida que el trabajo continúa mejorando el sistema de salud conductual de California. Informará varias iniciativas de DHCS, incluido el BHCIP y planea presentar una exención de demostración de Medicaid de la Sección 1115 en 2022 para fortalecer los servicios de salud mental para las personas que viven con enfermedad mental grave y niños y jóvenes que viven con trastornos emocionales graves (es decir, la exención SMI / SED 1115). El gobierno federal requiere que los estados proporcionen datos sobre la disponibilidad de servicios de salud mental en todo el continuo como parte del proceso de solicitud de una exención de SMI / SED.

Específicamente, la evaluación tiene como objetivo hacer lo siguiente:

- **Proporcionar un marco** para describir el continuo central de los servicios de atención de salud conductual, lo que permite comparar "lo que es" en California con "lo que debería ser".
- **Revisar los datos disponibles y recopilar información de las partes interesadas y los expertos** sobre la necesidad y el suministro de servicios clave de salud conductual en California.
- **Apoyar el diseño y la implementación de varias iniciativas de salud conductual**, incluida la solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para una exención SMI / SED 1115 y el BHCIP.
- **Explorar temas y oportunidades para poblaciones específicas:** niños, adolescentes y jóvenes; Individuos indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN); y las personas que están involucradas en la justicia. Estas poblaciones fueron identificadas por enfoque

²⁵ National Center for Health Statistics: Household Pulse Survey, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, octubre de 2021. Disponible en <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-salud.htm>.

²⁶ "Las implicaciones de COVID-19 para la salud mental y el uso de sustancias", Kaiser Family Foundation, febrero de 2021. Disponible en <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>.

agrupar a los participantes en las primeras etapas de la evaluación como críticos para abordar a través de una lente de equidad, pero no deben ser vistos como los únicos grupos que merecen una atención cercana. Muchos otros grupos son una prioridad para DHCS y se están abordando a través de otras iniciativas y análisis enfocados.

- **Discuta las implicaciones para el trabajo de DHCS** y para los esfuerzos más amplios de California para fortalecer el sistema de salud conductual.

La evaluación se preparó entre julio y noviembre de 2021 utilizando datos de informes y encuestas existentes de California, así como información específica de California de bases de datos nacionales y una revisión de Medi-Cal. reclamaciones administrativas. Esto incluye información del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos medi-Cal (DMC-ODS), que proporciona un continuo de servicios de SUD a través de los condados participantes. Para integrar las perspectivas de las partes interesadas clave, la evaluación se basa en una encuesta cualitativa de las agencias de salud conductual del condado realizada en asociación con county Behavioral Health. Asociación de Directores de California en septiembre de 2021, entrevistas con 12 expertos y una serie de siete grupos focales realizados entre julio y septiembre de 2021 con proveedores, planes de salud, grupos de consumidores y otros. Véase el Apéndice C para una descripción detallada de la metodología.

Al preparar este informe, DHCS fue muy consciente de que las necesidades de salud conductual de los residentes varían dramáticamente en todo el estado, al igual que las opciones y estrategias para abordarlas. California es el estado más poblado del país y uno de los más diversos geográficamente. Los 58 condados del estado varían en tamaño de población de 1,200 a más de 10 millones. Más de 800.000 personas viven en zonas rurales.



Desembalaje de DMC, DMC-ODS y SMHS en el sistema de entrega de Medi-Cal

DMC. Drug Medi-Cal (DMC) es una fuente de financiamiento de tratamiento para beneficiarios elegibles de Medi-Cal. Para que Drug Medi-Cal pague por los servicios cubiertos, los beneficiarios elegibles de Medi-Cal deben recibir servicios sud en un programa certificado por Drug Medi-Cal. Los servicios sud financiados por Drug Medi-Cal se enumeran en el Título 22, Código de Regulaciones de California (CCR), Sección 51341.1. d)(1-6). El Título 9 y el Título 22, y estas regulaciones rigen el tratamiento DMC.

DMC-ODS. El Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) es un programa piloto voluntario que proporciona un continuo de atención modelado según los Criterios de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción para el trastorno por uso de sustancias. servicios de tratamiento. DMC-ODS permite un mayor control local y rendición de cuentas, proporciona una mayor supervisión

administrativa, crea controles de utilización para mejorar la atención y el uso eficiente de los recursos, implementa prácticas basadas en la evidencia en tratamiento del abuso de sustancias, y coordina con otros sistemas de care. DHCS recibió la aprobación el 13 de agosto de 2015 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para implementar la Exención DMC-ODS. Antes de la fecha de vencimiento, DHCS recibió una extensión de exención de un año el 29 de diciembre de 2020, que extiende DMC-ODS hasta el 31 de diciembre de 2021.

SMHS. El programa de Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal (SMHS, por sus siglas en inglés) está "dividido" en el programa de atención administrada de Medi-Cal y ópera bajo la autoridad de una exención aprobada por CMS bajo la Sección 1915 (b) del El programa SMHS se administrar a través de Aviones de salud mental (MHP) del condado que deben proporcionar o organizar la provisión de SMHS un los beneficiarios en sus condados que cumplen con los criterios de necesidad médica, de Acuerdo contra las necesidades y objetivos de tratamiento de salud mental de los beneficiarios.

Debido a la realineación, que ha transferido la responsabilidad y los fondos del estado a los condados para la administración de los servicios de salud conductual, los condados de California desempeñan un papel importante en el financiamiento y la financiación. prestación de servicios de salud mental y SUD. Esta estructura comunitaria de salud conductual permite a los californianos aprovechar el sistema de atención especializada construido por los condados para responder ampliamente a las necesidades únicas de los residentes. A la luz del papel de los condados en el sistema de salud conductual de California, la evaluación se centra en la red de seguridad de salud conductual pública del condado, proporciona datos específicos del condadosiempre que sea posible, y busca tener en cuenta las diferencias entre los condados al evaluar los desafíos e identificar estrategias para abordarlos.



Abordar la fragmentación en el sistema público de salud conductual de California

Un pesar de que esta evaluación aborda todo el "sistema" de salud conductual en California los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias financiados por los pagadores públicos se brindan actualmente a través de ONU mosaico de sistemas y proveedores. Esta fragmentación plantea desafíos para todos, pero quizás más agudos para las personas que viven contra trastornos concurrentes. Si se inscribe en Medi-Cal, las personas pueden enfrentarse a múltiples sistemas para el trastorno por uso de sustancias y los servicios de salud mental. Cada uno tiene sus propios mecanismos de financiamiento, requisitos de gráficos, registros electrónicos de salud y regulaciones de privacidad.²⁷ En la actualidad, las personas que también tienen una condición de salud física, una ocurrencia común para las personas que viven contra trastornos de salud mental y uso de sustancias, deben buscar atención de todavía. otra fuente (por ejemplo, ONU plan de atención administrada o el sistema de pago por servicio de Medi-Cal). El sistema actual está aislado y es confuso para los afiliados, sus

²⁷ Anthony, Susan. "En sus propias palabras: cómo la atención fragmentada daña a las personas con enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias". Fundación de Salud de California. Agosto 2021. Disponible en <https://www.chcf.org/wp->

<content/uploads/2021/08/InTheirOwnWordsFragmentedCareMentalIllnessSUD.pdf>.

El sistema de salud mental basado en el condado es una barrera importante que enfrentan los Familiares de las personas que viven contra enfermedades mentales mientras trabajan para ayudar un la atención segura de su ser querido. ²⁸

DHCS está tomando medidas para promover una mejor integración de la atención para problemas de salud física y conductual, así como apoyos comunitarios. A través de CalAIM, DHCS apoyará la integración administrativa de los sistemas de salud mental y trastornos por uso de sustancias; ofrecer una mejor gestión de la atención para las personas de alta necesidad, incluidas muchas de las que tienen trastornos significativos de salud mental y uso de sustancias; adoptar un enfoque de "no puerta equivocada" para ayudar a los inscritos a acceder más rápida y fácilmente a los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias a través de herramientas de detección y transición en todo el estado; implementar criterios modificados para acceder a servicios especializados de salud mental (SMHS) y

DHCS también es muy consciente de la importancia de los múltiples flujos de financiamiento, en gran parte públicos, que financian los servicios públicos de salud conductual y la necesidad de trenzar los fondos para el mejor uso de los fondos federales, fondos estatales y locales y para evitar duplicaciones. Estas múltiples fuentes de financiamiento incluyen, pero no se limitan a: fondos federales de Medicaid, la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA), fondos federales de subvenciones en bloque de SAMHSA, asignaciones de fondos de 1991 y 2011 la realineación y los recursos federales únicos, como la Respuesta Estatal a los Opioides y la Ley del Plan de Rescate Estadounidense, otorgan diversión. Otras fuentes de financiamiento incluyen fondos generales estatales, fondos locales, subvenciones y pagos de aseguradoras comerciales.

A medida que DHCS y otras partes interesadas consideran la mejor manera de continuar mejorando el sistema de salud conductual en California, hay una base sólida sobre la cual construir. California tiene una larga y rica historia como innovador en salud conductual. En todo el país, es conocida por la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA), que entró en vigencia en enero de 2005 estableció un impuesto sobre la renta del uno por ciento sobre los ingresos personales en exceso de \$1 millón por año. Los ingresos se utilizan para ayudar a expandir y transformar el sistema de salud conductual de California para servir mejor a las personas que viven con, y en riesgo de, problemas graves de salud mental, y sus familias. California fue uno de los primeros estados en expandir su programa Medicaid bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, lo que permite al estado proporcionar importantes servicios y apoyos de salud conductual a más adultos de bajos ingresos. California ha ampliado los fondos estatales para cubrir los servicios de Medi-Cal para niños indocumentados y adultos mayores. También fue el primer estado en obtener una exención de demostración de Medicaid 1115 para proporcionar un continuo integral de atención para el tratamiento de SUD, incluidos los servicios en una gama más amplia de entornos residenciales. Más recientemente, California ha extendido sus reformas al mercado privado, adoptando recientemente sb 855 (ver recuadro a la derecha), que amplía el papel de las aseguradoras privadas en cubriendo los servicios de salud conductual en el continuo de la atención. La Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI, por sus siglas en inglés) busca de manera similar transformar el sistema de

salud conductual de California en un sistema de salud conductual de clase mundial.

²⁸ "The 2020-2021 Annual State of the Communities Report with Families", NAMI California. Disponible en https://namica.org/wp-content/uploads/2021/11/NAMI-2020-21-Families-report_F-web.pdf.

ecosistema centrado en la corriente donde TODOS los niños y jóvenes son examinados, apoyados y atendidos rutinariamente para las necesidades de salud conductual emergentes y existentes. ²⁹

Por último, es importante destacar algunas de las principales limitaciones de esta evaluación, que se examinan más a fondo en el Apéndice C. Primero, debido en parte a la línea de tiempo condensada en la que se produjo, la evaluación simplemente no pudo abordar todos los problemas apremiantes de salud conductual que enfrenta California. Por ejemplo, la evaluación solo discute brevemente cuestiones de alta prioridad relacionadas con los niños y jóvenes en hogares de guarda y la importancia de brindar atención a personas que son incompetentes para estar de pie. juicio. Además, los datos disponibles sobre la necesidad y el suministro de servicios de salud conductual son limitados y de calidad mixta. OLa evaluación recopila gran parte de los datos existentes, pero muchas preguntas clave siguen sin respuesta. Por ejemplo, los participantes de los grupos focales informaron que las personas con demasiada frecuencia terminan "abordando" en los departamentos de emergencia (es decir, permaneciendo bajo vigilancia sin recibir tratamiento mientras esperan). una colocación en otro lugar) durante días y, a veces, incluso semanas. Sin embargo, los datos estatales sobre el número y la duración de los incidentes de embarque no están disponibles.

Dadas estas limitaciones, es importante destacar que la evaluación no es un conjunto de recomendaciones de políticas, ni es una descripción de los planes de DHCS para iniciativas específicas de salud conductual. Si bien ofrece información valiosa, la evaluación no pretende servir como la única fuente de información para DHCS; la Administración continuará confiando en una variedad de fuentes de datos, comentarios de las partes interesadas y análisis adicionales a medida que implementa iniciativas de salud conductual. DHCS ofrecerá más información y oportunidades para la contribución de las partes interesadas sobre iniciativas específicas y cambios de políticas en los próximos meses.

Ley de Paridad de Salud Mental

El 25 de septiembre de 2020, el gobernador Newsom firmó el Proyecto de Ley del Senado 855 que fortalece la cobertura del tratamiento de salud mental y trastorno por uso de sustancias (MH / SUD) y se aplica un todos los Aviones de salud de California y las pólizas de seguro de discapacidad. emitido, enmendado o renovado un partir del 1 de enero de 2021. Entre otros cambios, SB 855:

- Amplía el alcance de los servicios MH/SUD requeridos que los aviones deben cubrir bajo los mismos términos y condiciones aplicados un otras condiciones médicas
- Define el tratamiento médicamente necesario y requiere que las determinaciones de necesidad médica sean consistentes contra los estándares de atención generalmente aceptados.

²⁹ Agencia de Salud y Servicios Humanos de California, Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes, Revisión de mayo 2021-22, [https://cdn-west-prod-chhs-01.dsh.ca.gov/chhs/uploads/2021/05/CHHS-Children-and-Youth-Behavioral-Health-Initiative-Mayo-Revisión-2021-22-Propuesta detallada-FINAL.pdf](https://cdn-west-prod-chhs-01.dsh.ca.gov/chhs/uploads/2021/05/CHHS-Children-and-Youth-Behavioral-Health-Initiative-Mayo-Revisión-2021-22-Propuesta-detallada-FINAL.pdf).

- Prohíbe que los Aviones y las aseguradoras limiten los beneficios o la cobertura de MH/SUD al tratamiento a corto plazo o agudo.

[Texto del proyecto de ley - SB-855 Cobertura de salud: trastornos de salud mental o uso de](#)

Principales iniciativas de salud conductual nuevas y planificadas

Nuevas iniciativas

- [CalAIM](#), que moderniza, mejora y simplifica el sistema de salud conductual de Medi-Cal,³⁰ incluyendo los criterios para acceder a SMHS, la reforma de pagos y las metodologías y mecanismos de pago. También ayudará a los afiliados a Medi-Cal a obtener una atención mejor integrada en la salud física, la salud mental, el tratamiento de SUD y los apoyos comunitarios.³¹
- Servicios previos a la liberación y reingreso incluidos en la propuesta de CalAIM para fortalecer los apoyos de salud conductual para la población involucrada en la justicia como parte de CalAIM, incluido MAT, servicios previos a la liberación para ayudar a las personas a recibir los servicios necesarios antes de que regresen a la comunidad, y la conexión con los servicios en curso, incluidos aquellos con enfermedades mentales, trastornos por uso de sustancias y afecciones médicas complejas.³²
- La Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI, por sus siglas en inglés), que abarca un amplio conjunto de iniciativas para transformar el continuo de atención de salud conductual para niños y jóvenes en todos los pagadores. invertir más de \$ 4 mil millones en servicios e infraestructura vinculados a la comunidad y la escuela, plataformas de servicios de atención virtual, expansión de las prácticas de prestación de atención basadas en la evidencia, desarrollo y capacitación de la fuerza laboral, coordinación de programas y evaluaciones, y campañas de sensibilización y educación del público.³³
- El Programa de Infraestructura Continua de Salud conductual (BHCIP), que proporciona 2.200 millones de dólares en fondos. A partir del año fiscal 2021-22, DHCS otorgará más de \$ 2 mil millones para subvenciones competitivas a condados, entidades tribales y entidades sin fines de lucro y con fines de lucro para construir nuevas o expandir la capacidad existente en el continuo de instalaciones públicas y privadas de salud conductual, incluidas las Unidades Móviles de Atención de Crisis. El financiamiento será solo para infraestructura nueva o en expansión (proyectos de ladrillo y mortero) y no para la prestación directa de atención.^{34,35}
- El Programa de Expansión de Atención Comunitaria del Departamento de Servicios

³⁰ Estos programas incluyen servicios proporcionados a través de los planes de atención administrada de Medi-Cal, SMHS, Drug Medi-Cal (DMC) y DMC-ODS.

³¹ Véase la Propuesta de CalAIM, <https://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/CalAIM-Proposal-Updated-1-8-21.pdf>.

³² [Seminario web informativo de CalAIM en lugar de servicios.](#)

³³ Agencia de Salud y Servicios Humanos de California, Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes, Revisión de mayo 2021-22, <https://cdn-west-prod-chhs-01.dsh.ca.gov/chhs/uploads/2021/05/CHHS-Children-and-Youth-Behavioral-Health-Initiative-May-Revision-2021-22-Detailed-Proposal-FINAL.pdf>.

³⁴ "Behavioral Health Continuum Infrastructure Program and Community Care Expansion Listening Session", DHCS, octubre de 2021. Disponible en <https://ahpnet.adobeconnect.com/p5w2e0xlbaax/>.

³⁵ "Solicitud de solicitud: Programa de unidades móviles de atención de crisis", DHCS, 16 de agosto de 2021, disponible en https://www.dhcs.ca.gov/Documents/CSD_YV/BHRRP/DHCS-Mobile-Crisis-and-Non-Crisis-RFA-7-22-21.pdf.

instalaciones que atienden a solicitantes y beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), incluidas personas discapacitadas, con enfermedades mentales graves o en riesgo de quedarse sin hogar.

- El Programa de Incentivos de Integración de salud conductual, que incentiva la mejora de los resultados de salud física y conductual, la eficiencia de la prestación de atención y la experiencia del paciente al establecer o expandir la atención totalmente integrada en una red de planes de atención administrada de Medi-Cal. ³⁶
- El [Proyecto de Expansión californiana a MAT](#), que tiene como objetivo aumentar el acceso a MAT, reducir la necesidad de tratamiento no satisfechado y reducir las muertes relacionadas con la sobredosis de opiáceos a través de la provisión de prevención y tratamiento, y servicios de recuperación. ³⁷ El programa ayuda a garantizar el tratamiento integrado del SUD en todas las poblaciones y entornos de tratamiento, incluso en cárceles, prisiones, departamentos de emergencia, hospitales, clínicas de atención primaria y clínicas de salud mental.
- El Programa Puente de California, invirtiendo \$60 millones (\$20 millones a través del Fondo General del Estado y \$40 millones a través del Plan de Gastos de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad) para apoyar la integración de MAT en los departamentos de emergencia y apoyar el papel de los navegadores de salud conductual para involucrar a los pacientes y conectarlos con el tratamiento en curso.
- El desarrollo de programas y servicios para abordar las necesidades de salud conductual de las personas con IA/ AN, incluido el [Proyecto Tribal MAT](#), que tiene como objetivo promover la seguridad de los opiáceos, mejorar la disponibilidad y la provisión de MAT, y facilitar un acceso más amplio a la naloxona con especial consideración por los valores y la cultura indígena tribal y urbana, y la inclusión de curanderos tradicionales y ayudantes naturales como parte de CalAIM. ³⁸
- [CalHOPE](#), un programa de asistencia y capacitación en consejería de crisis financiado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, que brinda apoyo de crisis a las comunidades afectadas por un desastre nacional a través de alcance gratuito, crisis servicios de asesoramiento y apoyo, que incluyen una línea telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, opciones de chat en línea, una campaña de comunicación pública y apoyo estudiantil. ³⁹
- Tratamiento diádico: programa de dos generaciones que brinda servicios y beneficios a los niños y sus cuidadores principales, para familias de niños inscritos en Medi-Cal, sin requerir que el niño tenga un diagnóstico. ⁴⁰ Esta política reciente afirma el compromiso del estado de proporcionar servicios preventivos de atención de salud conductual a niños pequeños para prevenir un diagnóstico relacionado con la salud conductual. Del mismo modo, Medi-Cal

³⁶ "Behavioral Health Integration Incentive Program Application", DHCS, https://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Pages/VBP_BHI_IncProApp.aspx. ³⁷

"The California MAT Expansion Project Overview", DHCS, disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/State-Targeted-Response-to-Opioid-Crisis->

[Subvención.aspx](#).

³⁸ "Proyecto TRIBAL MAT", Proyecto de Expansión MAT. Disponible en <http://www.californiamat.org/matproject/tribal-mat-program/>.

³⁹ "CalHOPE", DHCS, disponible en <https://www.calhope.org/Pages/default.aspx>.

⁴⁰ 2021-22 Presupuesto de revisión de mayo del Gobernador, Departamento de Servicios de Atención Médica, Disponible en https://www.dhcs.ca.gov/Documents/Budget_Highlights/DHCS-FY-2021-22-MR-Highlights.pdf.

también cubre la terapia familiar para adultos que viven con una afección de salud mental, así como para niños menores de 21 años que tienen una afección de salud mental o que tienen antecedentes de factores de riesgo, como muerte de un padre / tutor, colocación en un hogar de crianza o separación de un padre / tutor debido al encarcelamiento o la inmigración.⁴¹

- Una inversión de \$20 millones para desarrollar la capacidad de los centros de la Línea Nacional de Prevención del Suicidio de California para desarrollar la red 988, una alternativa sólida en todo el estado al 911 para personas que se sienten suicidas o buscar ayuda para una crisis de salud conductual.⁴²
- Los nuevos servicios de apoyo entre pares se benefician en Medi-Cal, a partir de julio de 2022, lo que permite a las personas con experiencia vivida proporcionar servicios especializados de tratamiento de trastornos de salud mental y uso de sustancias en los condados que pueden financiar esta expansión del servicio.
- La [Iniciativa de Salud Mental estudiantil](#) de la [Comisión de Supervisión y Responsabilidad de Los Servicios de Salud Mental](#), que proporciona subvenciones para asociaciones entre las agencias de salud mental del condado y las agencias de educación locales para cumplir servicios escolares de salud mental para los jóvenes y sus familias. Estas asociaciones apoyan el alcance para identificar signos tempranos de necesidades de salud mental insatisfechas, reducir el estigma y la discriminación, y evitar que las necesidades de salud mental no satisfechas se vuelvan graves e incapacitantes.
- El Presupuesto Estatal 2018-19 incluyó \$ 100 millones en tres años y la Ley de Presupuesto de 2021 asignó \$ 47.6 millones de dólares adicionales para apoyar una expansión de la [Desviación de Hospitales del Departamento de Estado de California](#)

Iniciativas planificadas

- Una exención de demostración planificada de Medicaid 1115 para ampliar la atención para adultos que viven con enfermedades mentales graves (SMI) y niños y jóvenes que viven con trastornos emocionales graves (SED). Si es aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), permitirá a California asegurar fondos federales de contrapartida de Medicaid para opciones adicionales de tratamiento de salud mental, incluidos los servicios en una gama más amplia de entornos residenciales y comunitarios.
- Nuevas oportunidades para que los condados establezcan o amplíen los servicios móviles de crisis para los afiliados a Medi-Cal utilizando fondos federales mejorados disponibles bajo la Ley del Plan De Rescate Americano de 2021 (ARPA). a partir de o después del 1 de

⁴¹ "Servicios Psicológicos", Departamento de Servicios de Atención Médica. Disponible en <https://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/publications/masters-mtp/part2/psychol.pdf>.

⁴² "California dedica \$20 millones para apoyar la nueva línea directa de crisis '988' de salud mental", DHCS, 3 de septiembre de 2021, disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/publications/oc/Documents/2021/21-06-988-Line.pdf>.

⁴³ "American Rescue Plan Provides a New Opportunity for States to Invest in Equitable, Comprehensive and Integrated Crisis Services", State Health & Value Strategies, 30 de abril de 2021, Disponible en <https://www.shvs.org/american-rescue-plan-provides-a-new-opportunity-for-states-to-invest-in-equitable-comprehensive-and-integrated-crisis-services/>.

del programa DMC-ODS de Medi-Cal. El manejo de contingencias, que promueve comportamientos saludables un través del refuerzo positivo, es la opción de tratamiento más efectiva para muchas personas que viven con el trastorno por uso de estimulantes.

- Proporcionar fondos de acceso y transformación de la salud, que apoyarán ONU esfuerzo de varios años para cambiar los sistemas de prestación y avanzar en la coordinación y prestación de servicios para las personas que participan en la justicia (apoyando propuestas previas un la liberación y reingreso) y el apoyo a una expansión significativa del sistema de atención a las personas sin hogar.
- Pilotos continuos residenciales basados en la comunidad para poblaciones vulnerables, envejecidas y discapacitadas, que proporcionarán servicios médicos y de apoyo en el hogar, entornos de vida independiente y entornos de atención comunitaria, incluso para personas vivir con condiciones de salud conductual.
- Programa de Incentivos para la Vivienda y las Personas sin Hogar, como parte del plan general de gastos del Estado de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), los planes de atención administrada pueden obtener pagos de incentivos por inversiones y progreso en abordar la falta de vivienda y mantener un las personas alojadas. Los Aviones de atención administrada ganarán fondos al cumplir contra las métricas especificadas y también deberán desarrollar ONU plan de respuesta un las personas sin hogar en asociación con entidades configuraciones regionales (por ejemplo, salud pública,

III. Marco para un continuo básico de atención

Para esta evaluación, DHCS estableció un conjunto de principios y definió un continuo central de servicios de salud conductual, lo que permite comparar "lo que es" en California con "lo que debería" ser". El marco se basa en parte en modelos nacionales como la "Descripción de un sistema de salud mental y adicciones buenas y modernas" de SAMHSA (consulte el Apéndice C para obtener más detalles).⁴⁴ También refleja la revisión de DHCS del trabajo anterior realizado en California, las ideas de las partes interesadas y expertos de California, y las lecciones que surgen de la pandemia de COVID-19 y otros eventos recientes en California.

3.1 Principios clave

El marco para evaluar el sistema de salud conductual en California se basó en los siguientes principios:

- **Centrado en la persona.** Es importante que las personas que viven con trastornos de salud mental y uso de sustancias estén en el centro del sistema de salud conductual. Esto significa que sus experiencias vividas y prioridades personales deben ser primordiales cuando se trata de definir el continuo óptimo de atención, así como que tienen un papel clave que desempeñar en la configuración de las políticas y prácticas de salud conductual. Requerirá la escucha activa por parte de DHCS y otras agencias encargadas de diseñar e implementar políticas en asociación con aquellos cuyas vidas se ven afectadas por ellas.
- **Enfoque en la equidad.** Toda la atención proporcionada bajo el continuo debe diseñarse y brindarse de una manera que aborde activamente las disparidades por raza, etnia, capacidad, orientación sexual e identidad de género. Esto incluye examinar dónde se encuentran los proveedores, invertir en una fuerza laboral de salud conductual diversa y abordar el racismo y la discriminación con un enfoque específico en las personas que están experimentando personas sin hogar, involucradas en la justicia y otras poblaciones que se ven afectadas de manera desproporcionada por el racismo y la discriminación sistémicos.⁴⁵
- **Configuración menos restrictiva.** Los servicios siempre deben proporcionarse en el entorno menos restrictivo que sea apropiado para la atención y los apoyos necesarios. Si bien a veces es necesario que las personas reciban servicios hospitalarios o residenciales, el uso innecesario de una cama para pacientes hospitalizados o residenciales es una señal poderosa de que más basado en la comunidad y se requieren servicios de crisis (incluidos apoyos de vivienda y otros apoyos comunitarios).

⁴⁴ "Descripción de un sistema de servicios de salud mental y adicciones buenas y modernas",

SAMHSA, abril de 2011. Disponible en

https://www.samhsa.gov/sites/default/files/good_and_modern_4_18_2011_508.pdf.

⁴⁵ "Double Jeopardy: COVID-19 and Behavioral Health Disparities for Black and Latino Communities in the U.S.", SAMHSA, consultado el 20 de octubre de 2021. Disponible en <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/covid19-behavioral-health-disparities-black-latino-comunidades.pdf>.

- **Gama completa de servicios.** El continuo básico de atención debe incluir una gama completa de servicios y se identifican tipos de proveedores tanto para niños como para adultos, lo que refleja que muchas personas pueden requerir solo servicios preventivos o servicios ambulatorios, mientras que algunas personas a veces pueden necesitar atención residencial u hospitalaria a corto plazo para mantenerlos seguros y / o para abordar problemas de salud física. También requiere mirar más allá de la atención médica para considerar los apoyos comunitarios y la importancia de la vivienda, la comida, el empleo, la conexión y la comunidad.



La importancia de la telesalud

Durante la pandemia, los servicios de telesalud surgieron como una opción importante para los pacientes que no pueden acceder a los servicios en persona. Entre 2019 y 2020, hubo un aumento nacional de 25 veces en el volumen total de visitas de telesalud relacionadas con la salud conductual.⁴⁶ Durante la pandemia, aproximadamente el 50 por ciento de los servicios de salud mental de leves a moderados se prestaron a través de la telesalud a los afiliados de 21 años o más.⁴⁷

Aprovechando este impulso, California está eliminando activamente las barreras políticas para la utilización y el reembolso de la telesalud. Además, la pandemia llevó al DHCS a emitir subvenciones para que los proveedores permitan la compra de equipos de telesalud. En junio de 2020, DHCS lanzó un nuevo beneficio de banda ancha para las personas con Medi-Cal que buscan utilizar los servicios de telesalud. El [Beneficio de Banda Ancha de Emergencia de la](#) Comisión Federal de Comunicaciones proporciona a todos los beneficiarios de Medi-Cal hasta \$50 de asistencia por mes para cubrir los costos de Internet.

A medida que continúe el trabajo para mejorar los servicios de salud conductual en California, será importante determinar cómo el panorama cambiante de los servicios de telesalud puede seguir utilizándose para fortalecer los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias incluso después de que la pandemia haya retrocedido aún más.

- **Atención basada en la familia.** La atención proporcionada a lo largo del continuo debe reflejar el papel central de las familias y las comunidades en la salud mental y el bienestar de las personas. Para los niños y jóvenes en particular, es fundamental que sean tratados en el contexto de sus familias y que sus padres o tutores reciban ayuda con problemas de salud conductual por el bien de su propio bienestar y por el efecto en la salud social y emocional de sus hijos.
- **Atención integral basada en la comunidad.** De acuerdo con el enfoque de la iniciativa CalAIM en el cuidado integral de la persona, los servicios de salud conductual deben integrarse con los servicios de salud física, el cuidado bucal y los apoyos comunitarios, especialmente dado el alta tasa de comorbilidades entre las personas con trastornos de salud mental y uso de sustancias. Para muchas personas que viven con una condición de salud conductual, vivienda, comidas, asistencia de empleo y conexiones basadas en la comunidad que abordan

⁴⁶ "Información sobre la utilización de los servicios de salud conductual en el contexto de COVID-19".

McKinsey & Company. Último acceso: 28 de octubre de 2021. Disponible en <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/insights-on-utilization-of-behavioral-health-services-in-the-context-of-covid-19>.

⁴⁷ Departamento de Servicios de Atención Médica de California, Reunión del Comité Asesor de Partes Interesadas, 11 de febrero de 2021. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/SAC-presentaciones-021121.pdf>.

el aislamiento es tan importante para la salud y el bienestar como lo son los servicios más tradicionales.

- **Atención culturalmente receptiva.** Es fundamental que los servicios se presten de una manera culturalmente receptiva para satisfacer las necesidades de las personas, teniendo en cuenta sus prioridades personales, edad, raza, etnia, sexualidad, identidad de género y otros aspectos destacados. Factores. Esto abarca la necesidad de atención lingüísticamente apropiada, así como, en términos más generales, la importancia de que los proveedores de servicios de salud conductual conozcan, estén capacitados y/o compartan la exposición. al racismo, el trauma (histórico e individual), la discriminación, el estigma, el encarcelamiento y otras experiencias fundacionales.
- **Prevención e intervención temprana.** Un fuerte enfoque en la prevención y la intervención directa es fundamental para el continuo, incluida la salud pública y las iniciativas basadas en la comunidad que reconocen la importancia de desarrollar la resiliencia y la habilidades de afrontamiento para todos los residentes de California. Comenzar temprano puede prevenir el empeoramiento de los problemas que pueden causar daño a las personas y sus familias.
- **Fuerza laboral fuerte y bien capacitada.** La continuidad de la atención debe apoyar a una fuerza laboral diversa, bien capacitada y adecuadamente pagada que incluya compañeros, profesionales comunitarios y otras personas que hayan vivido experiencias de recuperación. Es importante que la fuerza laboral de salud conductual refleje la diversidad de California, permitiendo que las personas reciban atención de personas que hablan su idioma y comparten su cultura, y que el la fuerza laboral recibe capacitación y apoyo continuos en la implementación de tratamientos basados en la evidencia.
- **Tratamientos basados en datos y en la evidencia.** El sistema de salud conductual de California debe reflejar los últimos datos e investigaciones sobre lo que funciona y lo que no cuando se trata de prevención y tratamiento. Incluso si requiere hacer cambios incómodos, es fundamental identificar e implementar prácticas basadas en la evidencia, como el manejo de contingencias para las personas que viven con trastorno por uso de estimulantes, la comunidad asertiva. Equipos de tratamiento (ACT) y terapia multisistémica. Igual de importante es recopilar y utilizar datos para evaluar el impacto de los cambios en las políticas y los programas y pivotar cuando sea necesario.
- **Adaptado localmente.** El continuo de atención debe reflejar la diversidad geográfica de California, que incluye áreas urbanas densamente pobladas y regiones rurales escasamente pobladas. Los sistemas de atención dirigidos por el condado y las entidades tribales de California ya proporcionan una fuerte apariencia y enfoque local, pero la prestación de atención se puede adaptar aún más en función de las necesidades de la comunidad local. como a través del uso de la telesalud, proveedores regionales y centros de excelencia.

3.2 Continuidad básica de la atención

El continuo básico de atención utilizado para esta evaluación incluye una variedad de tipos de servicios con diferentes niveles de intensidad que deben estar disponibles y ser fácilmente accesibles para todas las personas. Enfatiza el papel de los servicios de salud conductual "aguas arriba" que maximizan el bienestar y la recuperación; promover la resiliencia y la atención basada en la comunidad; y minimizar la utilización de los servicios de crisis, los departamentos de emergencia, las admisiones de pacientes hospitalizados, el encarcelamiento y la participación en los sistemas de justicia penal y juvenil. El continuo también reconoce que las personas pueden aprovechar los servicios a lo largo del continuo en cualquier momento. Por ejemplo, una persona puede recibir terapia ambulatoria, servicios de apoyo entre pares, tratamiento asistido por medicamentos para los trastornos por uso de opioides.

y servicios residenciales de baja intensidad gestionados clínicamente simultáneamente. Además, los servicios que se representan en una sola categoría de servicios en el continuo se pueden proporcionar a través de múltiples niveles de atención en el continuo a continuación. Por ejemplo, los servicios de pares se pueden proporcionar como parte de los servicios ambulatorios, los servicios de crisis y los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo. El continuo básico de atención incluye lo siguiente y se ilustra en la Figura 1b:

- **Servicios de prevención y bienestar** para problemas de salud mental y uso de sustancias, incluidos servicios, actividades y evaluaciones que ayudan a identificar a las personas en riesgo de un trastorno de salud mental o uso de sustancias; ofrecer a las comunidades, familias e individuos apoyos para hacer frente al estrés y el trauma; difundir información sobre las formas de promover la resiliencia; y desalentar las conductas de riesgo.
- **Servicios ambulatorios**, que incluyen una variedad de servicios clínicos ambulatorios tradicionales, como terapia individual y grupal y servicios de desintoxicación ambulatoria.
- **Servicios de pares y recuperación entregados** en la comunidad que pueden ser proporcionados por personas con experiencia vivida, incluidos adultos jóvenes y miembros de la familia.
- **Apoyos comunitarios**, incluidos servicios flexibles diseñados para permitir que las personas permanezcan en sus hogares y participen en sus comunidades, como viviendas de apoyo, administración de casos, empleo apoyado y educación apoyada.
- **Servicios intensivos de tratamiento ambulatorio**, incluidos servicios como servicios ambulatorios de servicio completo, ACT y servicios ambulatorios intensivos de uso de sustancias que se brindan utilizando un enfoque multidisciplinario para apoyar individuos que viven con necesidades de salud conductual de mayor agudeza.
- **Tratamiento** residencial proporcionado a corto plazo para desviar a las personas de o como un paso hacia abajo de los servicios intensivos.
- **Servicios de crisis**, que incluyen una gama de servicios y apoyos, como centros de llamadas de crisis, servicios móviles de crisis y servicios residenciales de crisis que evalúan, estabilizan y tratan a las personas que experimentan angustia aguda que pueden requerir hospitalización.
- **Servicios de tratamiento** intensivo que se brindan en entornos estructurados y basados en instalaciones a personas que requieren atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los tratamientos psiquiátricos para pacientes hospitalizados y los servicios para pacientes hospitalizados administrados clínicamente.

Además, los servicios de gestión de la abstinencia (WM), o desintoxicación, se proporcionan en múltiples niveles de atención para proporcionar supervisión y asistencia a corto plazo a las personas que están reduciendo o terminando el uso de una sustancia de la que dependen físicamente. Estos servicios son fundamentales para prevenir o aliviar las complicaciones médicas asociadas con la reducción o terminación del uso de una sustancia.

Es importante tener en cuenta que el continuo incluye algunos servicios para los cuales los datos aún no están disponibles por una variedad de razones. Estos datos no se recopilan, son difíciles de analizar (debido a la compleja distribución de las autoridades de licencias y certificación de California en varios departamentos) o son de mala calidad. Como resultado, algunos de los servicios no se describen en detalle en esta evaluación. Incluso para los servicios para los que hay datos disponibles, a veces hay problemas significativos con la calidad y el alcance de los datos, por lo que es importante revisar todas las advertencias y cualificaciones asociadas a los datos presentados en la evaluación. Para más detalles, véase el Apéndice C.

Figura 1b. Continuidad básica de la atención

Servicios de Prevención y Bienestar

Servicios de prevención y bienestar, incluidos servicios, actividades y evaluaciones que educan y apoyan a las personas para mantener estilos de vida saludables y prevenir afecciones agudas o crónicas, Como controles de bienestar y actividades de promoción de la salud

- Controles de bienestar de atención primaria
- Exámenes de salud generales, pruebas e inmunización
- Actividades de promoción de la salud

Servicios ambulatorios

Servicios ambulatorios, que incluyen una variedad de servicios clínicos ambulatorios tradicionales Como terapia individual y grupal, servicios de desintoxicación ambulatorios

- Evaluación
- Evaluaciones especializadas (psicológicas, neurológicas)
- Planificación de servicios
- Terapias individuales basadas en la evidencia (p. ej., manejo de contingencias, TCC)
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Servicios de salud mental escolares*
- Manejo de medicamentos
- Programa de tratamiento de narcóticos*
- Farmacoterapia SUD (incluyendo OBOTs)*
- Servicio de laboratorio

Servicios de pares y recuperación

Servicios de pares y recuperación prestados en la comunidad que pueden ser proporcionados por personas contra Experiencia vivida, incluidos adultos jóvenes y miembros de la familia

- Apoyo entre pares
- Apoyo familiar
- Coaching de apoyo a la recuperación
- Servicios de relevo basados en pares

Servicios y apoyos comunitarios

Los apoyos comunitarios incluyen servicios flexibles que están diseñados para permitir que las personas permanezcan en sus hogares y participen en sus comunidades, Como vivienda con apoyo, administración de casos, apoyo empleo y educación apoyada

- Apoyo a los padres/cuidadores
- Desarrollo de habilidades (sociales, de la vida diaria, cognitivas)
- Gestión de casos
- Manejo del comportamiento
- Empleo apoyado
- Educación apoyada
- Apoyo permanente a la vivienda/arrendamiento/otros apoyos un la vivienda *
- Tutoría terapéutica
- Servicios de curación tradicional
- Educación del consumidor/familia
- Consulta a los cuidadores

Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo

Servicios intensivos de tratamiento ambulatorio que incluyen servicios Como ACTUAR y servicios ambulatorios intensivos de abuso de sustancias que se brindan utilizando ONU enfoque multidisciplinario para apoyar un las personas contra alcalde agudeza en las necesidades de salud conductual

- Programas de Asociación de Servicio Completo (FSP)
- Tratamiento comunitario asertivo*
- Tratamiento intensivo en el hogar
- Terapia multisistémica
- Gestión intensiva de casos (por ejemplo, envoltura de envoltura alta fidelidad)
- Servicio ambulatorio intensivo para el abuso de sustancias*
- Hospitalizati parciales*
- Tratamiento diurno
- Manejo ambulatorio de abstinencia(Nivel 1 WM y Nivel 2 WM)*

Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo

Tratamiento residencial SUD proporcionado en entornos residenciales un corto plazo para desviar a las personas de o Como ONU paso hacia abajo de los servicios intensivos

- Servicios residenciales de baja intensidad gestionados clínicamente (asam nivel 3.1)*
- Servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población gestionados clínicamente (ASAM nivel 3.3)*
- Servicios residenciales de alta intensidad gestionados clínicamente (ASAM nivel 3.5)*
- Gestión de la retirada residencial gestionada clínicamente (ASAM nivel 3.2-WM)*
- Servicios residenciales específicos de la población perinatal
- Residencial de salud mental para adultos
- Servicios residenciales de salud mental para niños
- Centros de rehabilitación de salud mental (MHRC)*
- Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)*

Servicios de crisis

Los servicios de crisis incluyen una gama de servicios y apoyos, Como centros de llamadas de crisis servicios móviles de crisis y servicios residenciales de crisis que evalúan, estabilizan y tratan a las personas que experimentan angustia aguda

- Centros de llamadas de crisis
- Servicios móviles de crisis para adultos*
- Crisis móvil juvenil*
- Sistema de Respuesta Urgente Familiar
- Servicios de relevo de crisis basados en pares
- Atención de urgencia de salud mental / programas de crisis para pacientes ambulatorios
- Unidades de estabilización de crisis*
- Programas de emergencia psiquiátrica
- Residencial de crisis para adultos*

Servicios de tratamiento intensivo

Los servicios de tratamiento intensivo se proporcionan en entornos estructurados y basados en instalaciones un personas que requieren monitoreo médico constante.

- Servicios intensivos para pacientes hospitalizados monitoreados médicamente (nivel ASAM 3.7)*
- Servicios intensivos para pacientes hospitalizados administrados médicamente (ASAM nivel 4.0)*
- Manejo de la abstinencia hospitalaria monitoreado médicamente (ASAM nivel 3.7-WM)*
- Manejo médico intensivo de la abstinencia hospitalaria (ASAM nivel 4.0- WM)*
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF)**
- Servicios de tratamiento hospitalario*
- Respiro de Respiro crisis entre pares
- Aleccionador centers*

* Servicio donde los datos cuantitativos están disponibles y presentados en la evaluación de salud conductual.

** California actualmente no otorga licencias a ninguna instalación en el nivel de atención de PRTF.

DHCS está cambiando el nombre del menú de 14 en lugar de servicios (ILOS) que se lanzará el 1 de enero de 2022 como "Apoyos comunitarios". Los Apoyos Comunitarios son alternativas médicamente apropiadas y rentables a los servicios o entornos cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal que son opcionales para que los planes de salud ofrezcan y para los miembros. para utilizar.

IV. El estado de la salud conductual en California

En general, cerca de uno de cada diez adultos de California (9.2 por ciento) tiene un trastorno por uso de sustancias, y casi uno de cada 20 (4.5 por ciento) tiene una enfermedad mental grave.⁴⁸ Esto significa que hay unos 2,8 millones de residentes con un trastorno por consumo de sustancias y 1,4 millones con una enfermedad mental grave. Muchos de estos adultos que viven con SMI o SUD están inscritos en Medi-Cal, que desempeña un papel particularmente importante para las personas que viven con SMI y SUD. Muchos otros reciben servicios a través del condado y entidades tribales.

Las aseguradoras privadas cubren a más de 21 millones de californianos y también desempeñan un papel clave.⁴⁹ Sin embargo, varias partes interesadas informaron que las personas que viven con las afecciones de salud conductual más graves: enfermedad mental grave, trastornos emocionales graves entre los niños y los jóvenes, que amenazan la vida de los consumidores, a menudo terminan atendidos a través del sistema público de salud conductual. Un número significativo, sin embargo, no parece estar recibiendo ningún tratamiento para su(s) condición(es).⁵⁰ Si bien no es exclusivo de California, el desajuste entre la necesidad y la disponibilidad de servicios de salud conductual es una de las principales razones por las que es fundamental continuar fortaleciendo la sistema de salud conductual y para conectar a las personas con la atención. Un estudio nacional reciente del consumidor encontró que los pacientes con seguro privado tenían más probabilidades de calificar su red de proveedores de salud mental ("red de proveedores" incluye médicos, clínicos, otros los profesionales de la salud y sus instituciones que componen la red), por ser inadecuados en comparación con su red de proveedores médicos.⁵¹ Estos hallazgos, junto con la alta tasa de denegaciones de reclamos por tratamiento de salud mental bajo seguro privado, sugieren que más personas con salud conductual grave las condiciones pueden eventualmente depender del sistema público de salud conductual para sus servicios.⁵²

Esta sección proporciona aspectos destacados de un análisis de la prevalencia de afecciones de salud conductual en California y, cuando está disponible, la medida en que las personas parecen estar recibiendo servicios para tales condiciones. Se basa principalmente en datos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH) para examinar las tasas de prevalencia en California en relación con los Estados Unidos en su conjunto. A partir de los datos de reclamos administrativos, esta sección también proporciona estimaciones a nivel de condado de la tasa de SMI y SUD entre los adultos.

⁴⁸ 2018-2019 Encuesta Nacional sobre El Uso de Drogas y la Salud: Estimaciones de Prevalencia Basadas en Modelos, SAMHSA. Disponible en <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf>.

⁴⁹ Kaiser Family Foundation. Seguridad en salud Cobertura de la población total: <https://www.kff.org/other/state-indicador/total-población/?dataView=1¤tTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22>

[,%22sort%22:%22asc%22%7D.](#)

⁵⁰ Consulte la información adicional en "Muchos residentes de California con una afección de salud conductual luchan por recibir tratamiento" en la página 31 para obtener más detalles.

⁵¹ Busch SH, Kyanko K. Evaluación de las percepciones de la salud mental frente a las redes de planes de salud médicos entre adultos estadounidenses con seguro privado. *JAMA Netw Abierto*. 2021;4(10):e2130770. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.30770.

⁵² N.D. Cal., No. 3:14-cv-02346-JCS, 3/5/19.

Inscrito en Medi-Cal, También como el tasa de SED entre niños y juventud en Medi-Cal. Mientras medi-Cal es administrativo datos de reclamaciones son valioso porque Ellos enlazar proporcionar a nivel de condado información es probable que subestimar el prevalencia de salud conductual condiciones; tal condiciones frecuentemente son Undiagnosed o no grabado en Reclamaciones para phisica Salud servicios. Como tal estos Estimaciones deber ser tratado con precaución. DHCS Cree Ellos son relativamente fiable para fines de Examinar Diferencias en prevalencia Tarifas A través de Condados y subpoblaciones clave, pero Ellos son no ideal para Determinar el bruto número de individuos living con tal condiciones.

Para una discusión más detallada de los métodos y fuentes de datos, así como una discusión más profunda de los resultados del análisis, véanse los Apéndices B y C.

4.1 Principales conclusiones

- Un número significativo y creciente de residentes de California viven con una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias. En relación con el país en su conjunto, los adultos de California son algo más propensos a tener un trastorno por uso de sustancias y menos propensos a tener una enfermedad mental grave. La tasa de enfermedades mentales graves en California ha aumentado en más del 50 por ciento de 2008 a 2019.⁵³ Un número mayor y creciente de residentes de California experimentan un trastorno mental, conductual o emocional (cualquier enfermedad mental) que no cumple con el umbral clínico para SMI, que conduce a un deterioro funcional que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades importantes de la vida.^{54,55} Estas personas pueden experimentar trastornos del estado de ánimo, incluida la depresión leve y la ansiedad, que pueden tratarse de manera efectiva con diferentes formas de psicoterapia basada en la evidencia, como la TCC y la DBT, que son modalidades de tratamiento estructuradas.
- **Los adultos jóvenes tienen las tasas más altas de enfermedades mentales graves y trastornos por uso de sustancias.** En comparación con otros grupos de edad, las personas de 18 a 25 años tienen la tasa más alta de enfermedades mentales graves: 7.1 por ciento en comparación con 4.1 por ciento para todos los demás adultos de California. Del mismo modo, estos adultos jóvenes tienen casi el doble de probabilidades de tener un trastorno por uso de sustancias que los adultos mayores (16.1 por ciento frente a 8.1 por ciento).

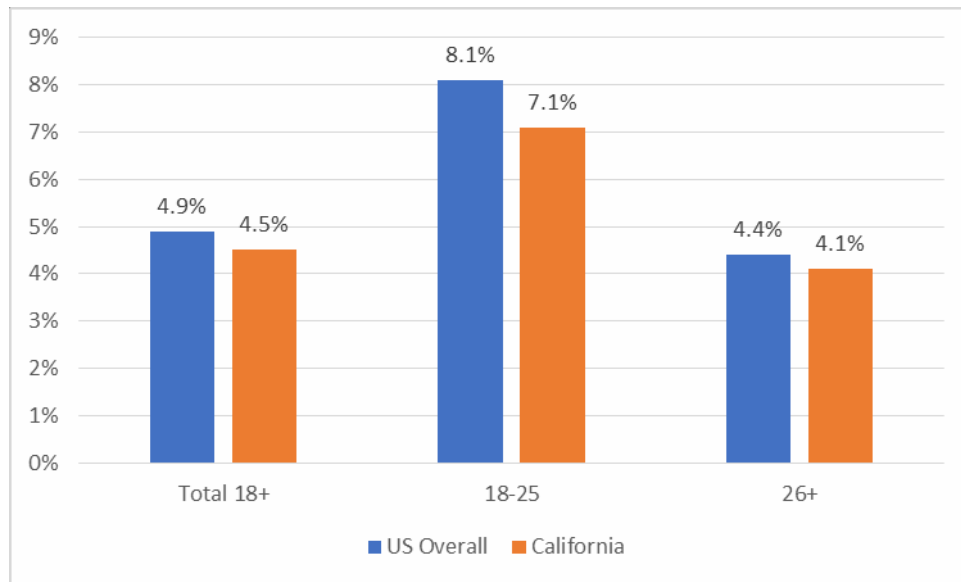
⁵³ SAMHSA. Barómetro de Salud Conductual de California Volumen 6.
https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32821/California-BH-Barometer_Volume6.pdf.

⁵⁴ SAMHSA. Tablas específicas del estado de NSDUH 2018-2019. 28 de enero de 2021.

Disponible en <https://www.samhsa.gov/data/report/2018-2019-nsduh-state-specific-tables/>.

⁵⁵ SAMHSA. Estimaciones de prevalencia basadas en modelos NSDUH 2017-2018 (50 estados y el Distrito de Columbia). 18 de diciembre de 2019. Disponible en https://www.samhsa.gov/data/report/2017-2018-nsduh-state-prevalence-estimates_.

Figura 3. **Porcentaje de personas mayores de 18 años que viven con enfermedades mentales graves en California en relación con los Estados Unidos en general**⁵⁶



- Muchos niños en California viven con una alteración emocional grave, y las condiciones de salud conductual y las tasas de suicidio están aumentando. Uno de cada 13 niños en California tiene un trastorno emocional grave, con tasas más altas para los niños de bajos ingresos y aquellos que son negros o latinos en relación con otros raciales y grupos étnicos. En los últimos años, la tasa de suicidios entre los jóvenes en California ha ido en aumento, y la pandemia parece haber empeorado la situación.⁵⁷ A nivel nacional, las visitas a los departamentos de emergencia debido a una crisis de salud mental han aumentado un 24 por ciento para los niños entre las edades de 5 y 11 años y un 31 por ciento para las edades de 12 a 17 años.⁵⁸
- **Los grupos marginados experimentan tasas más altas de condiciones de salud conductual y más dificultades para obtener atención.** Al igual que en el resto del país, los grupos marginados en California a menudo corren un mayor riesgo de problemas de salud conductual, pero también tienen menos probabilidades de poder acceder a los servicios. Por ejemplo, las poblaciones de AI / AN a nivel nacional informan tasas más altas de trastorno de estrés postraumático y consumo de alcohol que cualquier otro grupo étnico / racial, mientras que los niños negros y latinos en California enfrentan

⁵⁶ Fuente: Basado en la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud 2018-2019: Estimaciones de Prevalencia Basadas en Modelos, SAMHSA. Disponible en <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf>.

⁵⁷ Holzer C y Nguyen H, "Estimación de la necesidad de servicios de salud mental". Consultado en octubre de 2021. Disponible en https://ahea.assembly.ca.gov/sites/ahea.assembly.ca.gov/files/Joint%20Health%2026_19%20Teare%20to%20Ctte.pdf.

⁵⁸ RT, Bitsko RH, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland KM. Visitas al departamento de

emergencias relacionadas con la salud mental entre niños de <18 años durante la pandemia de COVID-19 — Estados Unidos, 1 de enero a octubre 17, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1675–1680. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6945a3>.

tasas relativamente altas de trastornos emocionales graves. Al mismo tiempo, pueden enfrentar barreras adicionales para la atención. Los californianos negros, por ejemplo, son mucho menos propensos a reportar recibir servicios de salud mental para ellos o un miembro de la familia que otros grupos raciales y étnicos (16 por ciento de los negros). Californianos frente al 23 por ciento de los blancos, el 25 por ciento de los asiáticos y el 29 por ciento de los californianos latinos).⁵⁹

- Las personas que están involucradas en la justicia experimentan tasas significativamente más altas de afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias y, a menudo, terminan encarceladas debido a esas afecciones. En California, cerca de uno de cada tres adultos en prisión (30 por ciento) recibió servicios de salud mental en 2017, más del doble de la tasa desde 2000. Las cárceles generalmente tienen tasas aún más altas de personas que viven con trastornos de salud mental y uso de sustancias, en gran parte porque las personas pueden haber sido arrestadas y encarceladas por delitos molestos asociados con sus condiciones (por ejemplo, comportamiento errático debido a psicosis, posesión de drogas ilícitas). Si bien las tasas varían según la cárcel y con el tiempo, una estimación conservadora es que más del 60 por ciento de los adultos en la cárcel tienen un trastorno por uso de sustancias y de una cuarta a una el tercero tiene una enfermedad mental grave. Además, los datos sugieren que más de la mitad de todos los jóvenes en el sistema de justicia juvenil con sede en el condado en California tienen un caso de salud mental abierto.⁶⁰
- **Medi-Cal desempeña un papel importante en la cobertura de personas que viven con enfermedades mentales graves y trastornos por uso de sustancias.** La tasa de enfermedades mentales graves entre los afiliados a Medicaid a nivel nacional es casi el doble de la tasa entre las personas con otras fuentes de seguro y también es más alta que la tasa entre las personas que no tienen seguro.⁶¹ Los datos de Medi-Cal sugieren que esta tendencia también se mantiene en California. Para cerca de la mitad de los residentes de California con un trastorno por uso de sustancias, Medi-Cal es la principal fuente de cobertura.⁶²
- **Muchos residentes de California con una condición de salud conductual experimentan barreras para recibir tratamiento.** Entre los californianos que buscan servicios de salud mental, más de cuatro de cada diez (43 por ciento) informaron que era algo o muy difícil asegurar una cita con un proveedor que acepta su seguro. Por el contrario, el 15 por ciento de los californianos que buscan servicios de salud física informaron que era

⁵⁹ "La Encuesta de Políticas de Salud de California de CHCF 2021". Fundación de Atención Médica de California. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/01/CHCF2021CAHealthPolicySurvey.pdf>.

⁶⁰ "Salud mental en California: comprender la prevalencia, las conexiones del sistema, la prestación de servicios y la financiación", Californian Budget and Policy Center, marzo de 2020. Disponible en <https://calbudgetcenter.org/wp->

[content/uploads/2020/03/CA_Budget_Center_Mental_Health_CB2020.pdf_](#)

⁶¹ SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, 2018 y 2019.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29394/NSDUHDetailedTabs2019/NSDUHDetTabsSect8pe2019.htm>.

⁶² Programa Nacional de Derecho sanitario. Trastornos por uso de sustancias en Medi-Cal: una visión general. https://healthlaw.org/resource/substance-use-disorders-in-medi-cal-an-overview/#_ftn1.

algo o muy difícil encontrar un proveedor que haya aceptado su seguro.⁶³ Entre las personas con enfermedades mentales graves que están inscritas en Medi-Cal, una parte sustancial, hasta un tercio o más, no recibe ninguna especialidad de salud mental de Medi-Cal. servicios.⁶⁴ Problemas similares se plantean con respecto a las personas con trastornos por uso de sustancias; A nivel nacional, casi el 90 por ciento de las personas que viven con un trastorno por uso de sustancias no reciben tratamiento, y en California, la tasa a la que los residentes accedieron al tratamiento por un uso de sustancias. el desorden disminuyó durante la pandemia.⁶⁵ En algunos casos, las personas con necesidades significativas de salud conductual que buscan atención pueden ser rechazadas porque sus necesidades son "demasiado graves" o porque tienen antecedentes. de encarcelamiento o comportamientos que los proveedores deciden que los hacen inelegibles para sus programas e iniciativas de tratamiento.

- **La variación** a nivel de condado **en la prevalencia de condiciones de salud conductual es marcada.** Dadas las grandes diferencias en California en las características económicas y demográficas de los residentes del condado, hay diferencias considerables en la tasa de condiciones de salud conductual a nivel de condado. Entre los afiliados a Medi-Cal, la tasa (como se refleja en los datos de reclamos) de enfermedades mentales graves por condado varía de un mínimo de 4.1 por ciento a un máximo de 12.1 por ciento; el trastorno por uso de sustancias oscila entre el 2,1 y el 8 por ciento; y el SED oscila entre menos del 1 por ciento y el 7,8 por ciento.⁶⁶ Las tasas más altas de SUD entre los afiliados a Medi-Cal en algunos condados se correlacionan con una mayor pérdida de vidas: cinco de los 10 condados con las tasas más altas de uso de sustancias. El trastorno entre los afiliados a Medi-Cal en 2019 también se encontraba entre los 11 condados principales en términos de tasas generales de mortalidad por sobredosis de drogas en 2020.⁶⁷

⁶³ "The 2021 CHCF California Health Policy Survey". Fundación de Atención Médica de California. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/01/CHCF2021CAHealthPolicySurvey.pdf>.

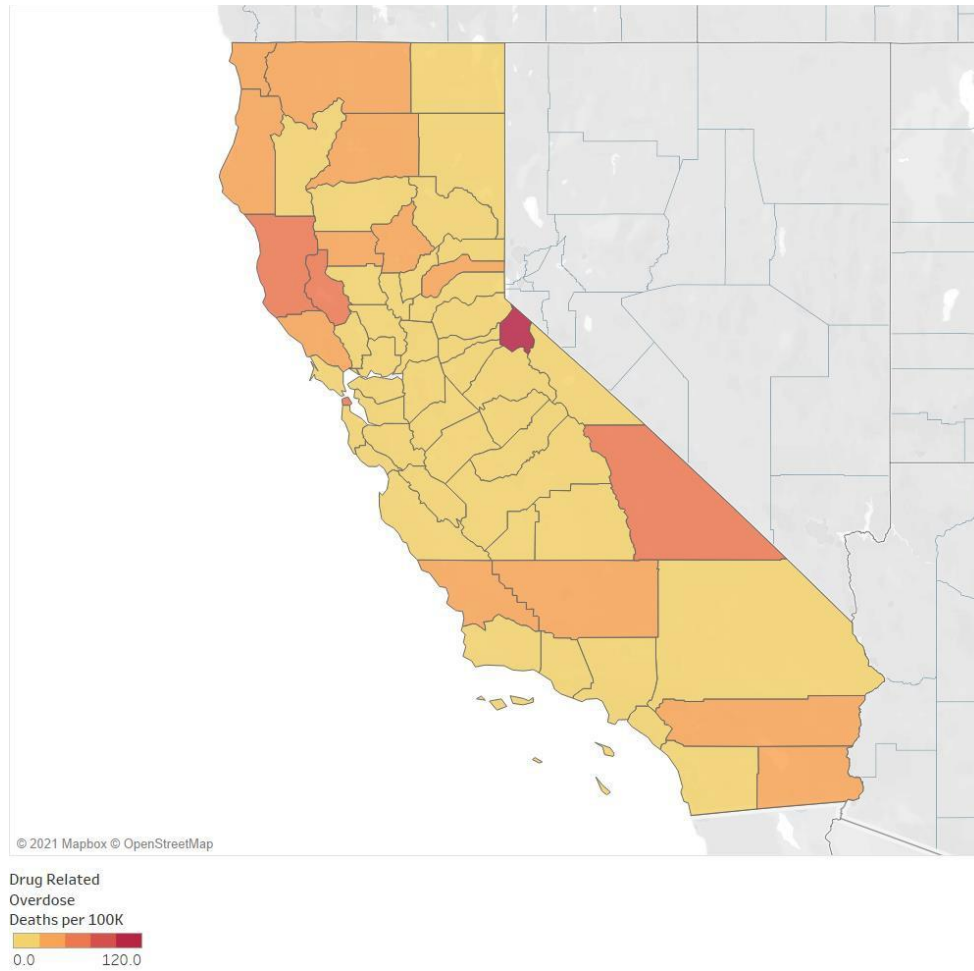
⁶⁴ Menos del 4 por ciento de los beneficiarios adultos de Medi-Cal en California recibieron un servicio especializado de salud mental en 2019. El análisis de los datos de reclamos de Medi-Cal sugiere que alrededor del 6.3 por ciento de los beneficiarios de Medicaid tenían SMI en 2019, lo que implica que muchos beneficiarios adultos de Medi-Cal con SMI no reciben tratamiento. Tenga en cuenta que algunas personas inscritas en Medi-Cal pueden haber recibido servicios SMHS no reembolsables de Medi-Cal que no se capturan en estos puntos de datos.

⁶⁵ "La Encuesta de Políticas de Salud de California de CHCF 2021". Fundación de Atención Médica de California. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/01/CHCF2021CAHealthPolicySurvey.pdf>.

⁶⁶ Si bien existen limitaciones sobre cómo se pueden utilizar los datos basados en reclamaciones, es probable que sirvan como un proxy relativamente confiable de la variación a nivel de condado. Véase el apéndice C para obtener información adicional sobre las limitaciones de estas medidas basadas en reclamaciones.

⁶⁷ Datos sobre las tasas de mortalidad por sobredosis relacionadas con las drogas del Panel de Vigilancia de Sobredosis de California. Datos basados en datos de certificados de defunción del Departamento de Salud Pública de California-Centro de Estadísticas de Salud e Informática (CHSI) estadísticas vitales - California Comprehensive Death File. Disponible en: <https://skylab.cdph.ca.gov/ODdash/>.

Figura 4. Tasa general de mortalidad por sobredosis relacionada con drogas por cada 100,000 por condado en 2020⁶⁸



⁶⁸ Ibid.

V. Desafíos de servicio en todo el continuo de atención de salud conductual

California ha hecho y continúa haciendo inversiones significativas para expandir el acceso y la cobertura de los servicios de salud conductual a lo largo de la continuidad de la atención, pero se puede hacer más para mejorar los servicios. Los hallazgos de esta sección describen las brechas en todo el continuo de atención descrito en la Figura 1, con un enfoque adicional en el subconjunto de servicios clave para los cuales los datos son disponible (marcado con un * en la Figura 1b). Algunas ideas se pueden obtener en los otros servicios, pero no se abordan de manera integral a continuación. En este capítulo también se examinan por separado los datos disponibles sobre la MAT y los servicios de gestión de la retirada, que deberían estar disponibles para las personas que reciben servicios en todos los niveles de atención en el continuo: desde servicios ambulatorios hasta atención hospitalaria y residencial. Obsérvese que la sección VI de este informe se centra en las oportunidades de servicio para niños y jóvenes, las personas que participan en la justicia y las comunidades de IA/AN.

5.1 Servicios ambulatorios



Llevar

Hay una escasez de psiquiatras y otros profesionales individuales, particularmente en el programa Medi-Cal. Los condados más pequeños reportan una mayor escasez de servicios ambulatorios. especialmente clínicas de salud mental.

Los servicios ambulatorios sirven como un punto de acceso clave en un continuo integral y efectivo de atención. Abarcan atención preventiva, evaluaciones diagnósticas, diferentes terapias y modalidades de tratamiento (por ejemplo, individual, grupal y familiar) y servicios de salud conductual basados en la escuela y vinculados, entre otros. Para los fines de esta evaluación, los servicios ambulatorios se definen por el lugar donde se prestan los servicios, en la comunidad, en lugar de las calificaciones de los proveedores que los ofrecen. Los proveedores de servicios ambulatorios pueden incluir profesionales individuales como terapeutas, psiquiatras y proveedores de atención primaria. Pueden incluir personal de los programas de tratamiento de opioides (OTP), conocidos en California como Programas de Tratamiento de Narcóticos (NTP); centros de salud comunitarios que ofrecen servicios de salud conductual; clínicas de salud mental; y otros.

Los proveedores ambulatorios pueden promover la prevención y el bienestar y pueden ayudar a detectar y abordar las necesidades de salud conductual antes de que empeoren y, si lo hacen, referir a las personas a niveles más intensivos de atención si es necesario, incluidos los servicios de apoyo intensivo, que se analizan en la Sección 5.4. Para los niños y adolescentes, el amplio acceso a los servicios de salud conductual preventivos y ambulatorios puede ser particularmente importante para prevenir que los síntomas de salud conductual surjan y empeoren.



"Es probable que los resultados de los clientes mejoren y la Experiencia del paciente mar mejor si hubiera mayores inversiones en apoyos de servicios sociales para optimizar la prestación de servicios ambulatorios en lugar de ampliar la capacidad de atención aguda para lidiar con las presiones inminentes sobre el sistema de cuidados intensivos".

– Director de Salud Conductual del

Esta evaluación examinó específicamente la disponibilidad de los siguientes servicios ambulatorios:

- Servicios ambulatorios tradicionales para trastornos de salud mental y uso de sustancias, incluidos servicios de terapia individual, grupal y familiar.
- Los servicios de salud conductual vinculados a la escuela, que se refieren a la consejería y otros apoyos de salud conductual proporcionados por consejeros, psicólogos y trabajadores sociales en entornos escolares, se abordan más detalladamente en la Sección 6.1.
- MAT, que incluye los servicios prestados por los PNT y otros prescriptores ambulatorios, se aborda en la Sección 5.5. (MAT también puede y debe proporcionarse en entornos hospitalarios y residenciales,
- Servicios ambulatorios de gestión de retiros (ASAM Nivel 1.0-WM) y programas con monitoreo extendido (ASAM Nivel 2.0). Consulte la Sección 5.8 para obtener más información sobre estos servicios. (Al igual que MAT, los servicios de manejo de la abstinencia son necesarios tanto en entornos ambulatorios como hospitalarios / residenciales).



Nuevo programa piloto explorará la efectividad del manejo de contingencias en el tratamiento del trastorno por uso de estimulantes

Con el aumento de las muertes asociadas con el uso de estimulantes, es fundamental que California identifique e implementar opciones de tratamiento efectivas para las personas que viven con el trastorno por uso de estimulantes. En California, los opioides todavía representan la mayor parte de las muertes relacionadas con las drogas en el estado, pero las muertes por metanfetamina y otros estimulantes casi se han cuadruplicado desde entonces.

2010.⁶⁹ La crisis de sobredosis ampliamente cubierta afectó desproporcionadamente a las

⁶⁹ "Gobernador de California, legisladores quieren que el estado pague a los adictos para estar sobrios", AP, 26 de agosto,

2021. Disponible en [cbsnews.com/news/california-contingency-management-pay-to-get-sober/t](https://www.cbsnews.com/news/california-contingency-management-pay-to-get-sober/t).⁷⁰

Han B, Compton WM, Jones CM, Einstein EB, Volkow ND. Uso de metanfetamina, trastorno por uso de metanfetamina y muertes por sobredosis asociadas entre adultos estadounidenses. JAMA

Psiquiatría. 2021 Septiembre 22. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.2588. Epub antes de la impresión.
PMID:
34550301.

trastorno por uso de opioides y trastorno por consumo de alcohol No existen medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar el trastorno por uso de estimulantes.

En respuesta a estas tendencias, DHCS implementará un programa piloto para evaluar la Efectividad del "manejo de contingencias" en el tratamiento de los trastornos por uso de estimulantes, a partir del 1 de julio de 2022, pendiente de CMS aprobación. El manejo de contingencias es una práctica basada en la evidencia que refuerza y recompensa a las personas por un cambio de comportamiento positivo consistente con la reducción o eliminación de su uso de estimulantes. Basado en el principio de que un comportamiento aumentará si va seguido de una recompensa, ofrece incentivos (como tarjetas de regalo u otras recompensas) por No uso (o uso reducido) de estimulantes Como lo demuestran las pruebas de drogas negativas. El tratamiento ya está en uso por el Departamento de Asuntos de Veteranos y ya demostrado resultados sólidos, incluida la reducción o el cese del consumo de drogas y una retención más prolongada en tratamiento entre individuos que viven con trastornos por uso de estimulantes.^{71,72,73,74} Bajo el nuevo programa piloto, los inscritos en Medi-Cal contra un trastorno por uso de estimulantes diagnosticado en condados que han optado por participar recibirán tarjetas de regalo de baja denominación si se

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

La calidad y el alcance de los datos disponibles sobre los servicios ambulatorios son mixtos, lo que refleja en parte que la categoría de servicios incluye un gran número de diferentes tipos de proveedores y servicios de tratamiento. Para obtener información sobre los servicios ambulatorios, la evaluación se basa en una combinación del Localizador de Tratamiento Conductual de SAMHSA (ver recuadro arriba); Datos de adecuación de la red Medi-Cal de los sistemas SMHS del condado⁷⁵; datos sobre psiquiatras con licencia de la Junta Médica de California; e información cuantitativa proporcionada por los directores de salud conductual del condado en sus respuestas a la encuesta sobre salud comunitaria

⁷¹ Farrell M, Martin NK, Stockings E, Baez A, Cepeda JA, Degenhardt L, Ali R, Tran LT, Rehm J, Torrens M, Shoptaw S, 2019. Respuesta al uso mundial de estimulantes: desafíos y oportunidades. *Lancet*. 394, 1652-1667. doi:10.1016/S0140 6736(19)32230-5.

⁷² AshaRani P, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M, 2020. Intervenciones no farmacológicas para el trastorno por consumo de metanfetamina: una revisión sistemática, dependencia de drogas y alcohol, doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108060>.

⁷³ Brown HD, DeFulio A, 2020. Manejo de contingencias para el tratamiento del trastorno por consumo de metanfetamina: una revisión sistemática. *Drogas y Dependencia de Alcohol*, 216, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108307>.

⁷⁴ De Crescenzo F, Ciabattini M, D'Alò GL, De Giorgi R, Del Giovane C, Cipriani A, 2018. Eficacia comparativa y aceptabilidad de las intervenciones psicosociales para individuos con adicción a la cocaína y las anfetaminas: una revisión sistemática y un metanálisis en red. *Medicina PLoS*, 15(12), e1002715. PMID: PMC6306153.

⁷⁵ Si bien hay otros médicos con licencia que ofrecen servicios ambulatorios a los miembros de

Medi-Cal a través de planes de atención administrada (MCP), la información sobre los profesionales de SMHS proporciona un indicador de la disponibilidad de atención ambulatoria disponible para personas con SMI o SED.

centros y clínicas de salud mental: programas que ofrecen una variedad de servicios de salud conductual a personas que de otro modo no podrían acceder a los servicios en su condado.

Tomados en conjunto, estos datos indican que los servicios de salud mental ambulatorios se ofrecen en varios entornos y están disponibles en todos los condados. En total, hay más de 600 instalaciones en California que brindan tratamiento ambulatorio de salud mental y casi 800 que brindan algunos servicios de trastornos por uso de sustancias, según el Localizador de servicios de tratamiento de salud conductual de SAMHSA. La Tabla 4 en el Apéndice B muestra información a nivel de condado sobre el número de instalaciones incluidas en el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA que brindan salud mental ambulatoria o trastorno por uso de sustancias servicios de tratamiento. También muestra el número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia con planes de salud mental (MHP) del condado en el año fiscal 2019. El número de proveedores de salud conductual no psiquiatras contratados con MHP varía significativamente entre los condados y por especialidad.

Localizador de servicios de tratamiento conductual de SAMHSA como fuente de datos sobre

Sistema de Salud Conductual de California: Problemas y Consideraciones

El Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual es una base de datos mantenida por SAMHSA para ayudar a las personas a encontrar servicios en su comunidad, así como para ofrecer datos e información a investigadores y otros participantes. Rutinariamente es utilizado por agencias federales, organizaciones nacionales, investigadores y states para diversos esfuerzos de investigación y planificación. Esto se debe en parte a que proporciona información relativamente detallada sobre las instalaciones de tratamiento, incluido el nombre, la ubicación y los servicios ofrecidos por las instalaciones de tratamiento de salud mental y SUD. Como tal, a diferencia de muchas otras encuestas y bases de datos de salud conductual, se puede utilizar para producir datos a nivel de condado.

Un problema, sin embargo, es que no incluye a todos los proveedores de salud conductual en los Estados Unidos. Cubre instalaciones financiadas por los estados, administradas por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, e instalaciones privadas con fines de lucro y sin fines de lucro que tienen licencia de un estado. o una organización nacional de acreditación de trato (por ejemplo, la Comisión Mixta o el Comité Nacional de Garantía de calidad). Esto deja fuera a las instalaciones sin licencia y exentas de licencia. El

localizador generalmente tampoco proporciona información sobre individuos en la práctica privada o una práctica de grupos pequeños a menos que tengan licencia o estén certificados como clínica. Aunque el Localizador de tratamiento no es una base de datos completa de todos los proveedores de tratamiento de salud conductual, la determinación de DHCS es que proporciona información útil sobre las tendencias y patrones de nivel superior. en la disponibilidad general de servicios de tratamiento ambulatorio en todo California.⁷⁶

⁷⁶ La comparación del Localizador de Tratamiento de Salud Conductual con otras fuentes de datos respalda esta determinación. Por ejemplo, el Localizador de Tratamiento samHSA incluye información sobre la disponibilidad de prescriptores de buprenorfina exentos de la DEA que generalmente es consistente con los datos proporcionados directamente por la DEA. Los datos del Localizador de Tratamiento indican que hay dos condados en California que no tienen ningún prescriptor de buprenorfina exento de la DEA disponible. Comparativamente, los datos de la DEA de los Estados Unidos sugieren que solo hay un condado que no tiene prescriptores de buprenorfina disponibles.

Además:

- El Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA muestra que veintitrés de los 58 condados tienen clínicas de salud mental y veinte condados tienen centros de salud comunitarios que brindan salud mental ambulatoria. servicios de tratamiento. ⁷⁷
- El Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA indica que cinco condados no tienen ningún servicio de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios disponible a través de clínicas de salud mental, centros de salud comunitarios u otras instalaciones. La mayoría de estos condados tienen menos de 30,000 residentes. Aunque estos condados no tienen ninguna de estas instalaciones documentadas en el Localizador de Tratamiento samHSA, cada uno de estos condados tiene al menos tres proveedores smHS contratados por el condado disponibles.

Esfuerzos de reducción de daños

California se compromete a invertir en esfuerzos de reducción de daños basados en la evidencia para prevenir la sobredosis y hacer que el uso de drogas sea más seguro para las personas que aún no están listas para el tratamiento. Actualmente, hay más de 50 **programas** autorizados de **servicios de jeringas (SSP)** que proporcionan jeringas estériles, tiras de prueba de fentanilo y naloxona, junto con educación para la prevención de sobredosis y vínculos con el tratamiento físico, de salud mental y SUD. servicios. El presupuesto estatal de 2019 comprometió US\$ 15,2 millones en subvenciones durante cuatro años un SSP para apoyar la infraestructura y el personal, aunque muchos programas aún informan desafíos de financiamiento.

Además, el Estado ya ha trabajado para **ampliar** el **acceso** a la **naloxona** a través de una serie de iniciativas. Esto incluye el establecimiento de una orden permanente, que amplía el acceso a la naloxona para los residentes de California y permite a las organizaciones que no pueden recetar naloxona distribuirla a aquellos en riesgo de experimentar una sobredosis relacionada con opiáceos y aquellos en condiciones de necesitar ayuda durante una sobredosis relacionada con opiáceos.

Además, el gobernador de California opera el Proyecto de Distribución de Naloxona (NDP), financiado por

⁷⁷ Estas instalaciones se identificaron utilizando datos descargados del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA en julio de 2021. Puede encontrar información

adicional sobre el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA y cómo se analizaron estos datos en el Apéndice C.

distribuyó más de 600,000 unidades de naloxona y registró más de 30,000 reversiones de sobredosis. ^{78,79,80,81}

- En el año fiscal 2019, los condados pequeños como Sierra y Alpine tenían solo tres y cuatro, respectivamente, SMHS contrató proveedores de salud conductual, mientras que los condados más grandes como Los Ángeles tenían casi 4,500. Sin embargo, sobre una base per cápita, algunos condados pequeños como Sierra y Alpine tienen más proveedores contratados por SMHS por cada 10,000 residentes que los condados más grandes. Alpine y Sierra tenían 38.5 y 9.9 respectivamente, SMHS contrató proveedores por cada 10,000 residentes en relación con solo 4.5 proveedores por cada 10,000 residentes en el condado de Los Ángeles.
- Hay una escasez y mala distribución de psiquiatras y otros profesionales de la salud conductual en todo el estado. Los datos proporcionados por la Junta Médica de California indican que ocho condados no tienen psiquiatras, y el número de psiquiatras por cada 100,000 residentes varía de 1.7 en el condado de San Benito a 68.1 en el condado de Marin. Además, el estado tiene 536 áreas designadas de escasez de profesionales de salud mental (HPSA) o áreas con escasez de psiquiatras a partir de septiembre 2020.⁸² Si bien no se disponía de datos específicos de California, las encuestas nacionales de Medicaid indican que la participación de Medicaid entre los psiquiatras es baja.⁸³ A nivel nacional, aproximadamente el 55% de los psiquiatras tienen seguro privado, y un poco más del 40% aceptan Medicaid.⁸⁴ Un estudio reciente encontró que las proporciones de salud conductual

⁷⁸ "Directorio de Programas de Servicios de Jeringas en California", Departamento de Salud Pública de California. Disponible en: https://www.cdph.ca.gov/programs/cid/doa/pages/oa_prev_sepdirectory.aspx.

⁷⁹ Departamento de Salud Pública de California, "Cambios en las políticas", última modificación dic. 9, 2019, Disponible en <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDC/DCDC/SACB/Pages/Policy-Cambios.aspx>.

⁸⁰ "Harm Reduction Resources for People Who Use Drugs in California", National Harm Reduction Coalition, consultado el 23 de noviembre de 2020. Disponible en <https://harmreduction.org/our-trabajo/acción/california/>.

⁸¹ "Naloxone Distribution Project", DHCS, consultado el 23 de noviembre de 2020. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Naloxone-Distribution-Project.aspx>.

⁸² Las regulaciones federales definen una HPSA de salud mental como tener una proporción de población a proveedor de al menos 30,000 a 1 (20,000 a 1 si hay necesidades inusualmente altas en la comunidad). <https://www.kff.org/other/state-indicator/mental-health-care-health-professional-shortage-areas-hpsas/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>.

⁸³ <https://www.macpac.gov/publication/physician-acceptance-of-new-medicaid-patients-new-conclusiones/> ;

⁸⁴ <https://www.macpac.gov/publication/physician-acceptance-of-new-medicaid-patients-new-conclusiones/> ;

<https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2021/06/Chapter-2-Access-to-Mental-Health-Services-for-Adults-Covered-by-Medicaid.pdf> .

⁸⁴ Obispo TF, Presione MJ, Keyhani S, Pincus HA. Aceptación del seguro por parte de los psiquiatras y las implicaciones para el acceso a la atención de salud mental. *JAMA Psychiatry*. 2014 Feb;71(2):176-81. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2862. PMID: 24337499; PMCID: PMC3967759.

los profesionales (por ejemplo, LMFT, LCSW, psicólogos y psiquiatras) a la población difieren considerablemente en California con las proporciones más bajas en inland Empire y san joaquin Valley.⁸⁵

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

En general, las encuestas del condado y los grupos focales sugirieron que había una necesidad de más servicios ambulatorios. En algunos condados, la necesidad era urgente. Diecinueve condados (32 por ciento) citaron la necesidad de servicios adicionales de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios, mientras que un porcentaje relativamente menor de condados informó la necesidad de proveedores adicionales de SUD para pacientes ambulatorios. En algunos casos, las personas que dependen del sistema público de salud conductual buscan atención del servicio de urgencias porque no pueden acceder a los servicios ambulatorios a través de un proveedor de Medi-Cal de manera oportuna.

Entre los asegurados privados, las familias de personas que viven con enfermedades mentales en California informaron una falta de acceso asequible y oportuno a la atención psiquiátrica ambulatoria en el Informe Familiar 2020-2021 de NAMI. Debido a que un número significativo de psiquiatras no aceptan seguro, las familias y las personas que buscan atención pueden necesitar pagar de su bolsillo para acceder a la atención. Entre las personas aseguradas, los costos de bolsillo, incluidos los copagos y deducibles, pueden ser prohibitivos; El 29% de los miembros de la familia informaron que los costos del seguro son una barrera para buscar atención para su ser querido.⁸⁶ miembros de la familia también citaron los extensos tiempos de espera entre las citas para los seres queridos como una barrera para la atención a pesar del estándar de las Regulaciones de Acceso Oportuno de diez días para una cita de seguimiento después de la solicitud.^{87y88}

Consulte la Sección 6.1, Niños y jóvenes, para una discusión sobre los servicios ambulatorios para niños y jóvenes, incluidos los servicios de salud vinculados a la escuela y la psiquiatría.

⁸⁵ Coffman J, Bates T, Spetz J. La fuerza laboral de salud conductual actual y futura de California. Curar. Céntimo UCSF. Febrero 2018. Disponible en <https://healthforce.ucsf.edu/publications/california-s-current-and-future-behavioral-healthworkforce>.

⁸⁶ NAMI California. Informe Anual del Estado de las Comunidades con las Familias 2020-2021. Noviembre 2021. Disponible en https://namica.org/wp-content/uploads/2021/11/NAMI-2020-21-Familias-report_F-web.pdf.

⁸⁷ NAMI California. Informe Anual del Estado de las Comunidades con las Familias 2020-2021. Noviembre 2021. Disponible en <https://namica.org/wp-content/uploads/2021/11/NAMI-2020-21->

Familias-report_F-web.pdf.

⁸⁸ 21 Acceso oportuno a la atención. Dep. Manag. Cuidado de la salud.

<https://www.dmh.ca.gov/healthcareincalifornia/yourhealthcarerights/timeIyaccessstocare.aspx> (consultado el 22 de septiembre de 2021).



Historia de éxito de los servicios ambulatorios

Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de telesalud surgieron como una opción importante para los pacientes que no pueden acceder a los servicios ambulatorios en persona. ONU estudio de centros de salud comunitarios de California encontró que el total de visitas de salud conductual se mantuvo estable durante la pandemia porque las visitas de telesalud, específicamente, las visitas de audio o telefónicas, reemplazaron completamente en persona. Citas.⁸⁹ El condado de Contra Costa ya probado y desplegado con éxito la telepsiquiatría para todas las clínicas de salud mental del condado. El Condado de Ventura también amplió los servicios de telesalud para apoyar el triaje y la evaluación de nuevos clientes.

El Departamento de Salud Conductual del Condado de Solano incorporó enlaces de uso de sustancias (médicos de salud mental o personal certificado en abuso de alcohol / drogas) dentro de la Asociación de Servicio Completo y programas ambulatorios para apoyar el tratamiento concurrente capacidad. El condado integró la línea de acceso para detectar trastornos de salud personal y uso de sustancias y ofreció capacitación en todo el sistema a todo el personal y contratistas sobre salud mental integrada y tratamiento SUD.

5.2 Soportes de pares y recuperación



Llevar

Los servicios de apoyo entre pares y de recuperación hijo ONU área de gran interés y potencial.

Si bien aún no están disponibles en todo California, con mayores necesidades, especialmente para los jóvenes y sus familias. estos servicios pueden expandir la

Los apoyos entre pares y de recuperación son servicios que promueven la recuperación entre las personas que viven con necesidades de salud mental y SUD. Son proporcionados por personas que están en recuperación o que de otra manera han vivido experiencias con problemas de salud mental y / o SUD. En algunos casos, son proporcionados por familiares de jóvenes con experiencia vivida. Usando su propia experiencia y otras habilidades, los compañeros ofrecen aliento, ayudan a mantener a las personas involucradas en el tratamiento y construyen un sentido de comunidad. Los pares pueden proporcionar servicios en diferentes etapas del proceso de recuperación y a través de múltiples vías, incluidas las actividades presenciales y telefónicas, los servicios de relevo entre pares (cubiertos con mayor detalle en el servicios de crisis secti en 5.7), grupos de recuperación, o participación en equipos de tratamiento. Pueden servir como personal en un centro de bienestar, un programa sin cita previa o un programa ambulatorio intensivo; servir como parte de un equipo de crisis; o reunirse

⁸⁹ Uscher-Pines L, Sousa J, Jones M, et al. Uso de telesalud entre organizaciones de redes de seguridad

en California durante la pandemia de COVID-19. JAMA. 2021;325(11):1106-1107.
doi:10.1001/jama.2021.0282.

con personas individuales o como parte de un grupo en los días y semanas posteriores a su alta de un hospital o centro de tratamiento residencial. Los compañeros a menudo están en una posición única para ofrecer esperanza a un cliente, reducir el estigma asociado con una condición de salud conductual y ayudar a los clientes a sentirse menos solos en su Luchas. Un gran cuerpo de investigación indica que el apoyo de los compañeros se asocia con niveles más bajos de depresión y psicosis y tasas reducidas de ingreso hospitalario.⁹⁰

¿Qué datos están disponibles y qué dicen?

En el momento de este informe, no hay datos disponibles sobre la medida en que los servicios de apoyo y recuperación entre pares están disponibles en California. Sin embargo, se ha demostrado que los servicios entre pares son efectivos en California y han sido financiados principalmente por los condados a través de MHSA y SAMHSA.⁹¹ Tras la implementación del nuevo beneficio de Medi-Cal para especialistas de apoyo entre pares para trastornos mentales y de uso de sustancias, los datos a nivel de condado deben estar disponibles en Medi-Cal certificado proveedores y servicios de pares. De acuerdo con el estatuto estatal, DHCS está desarrollando estándares de certificación a nivel estatal que incluirán las calificaciones, el rango de responsabilidades, las pautas de práctica y los planes de estudio para la salud mental y los pares de SUD. apoyar a los especialistas a través de un proceso de colaboración que involucra directamente a los compañeros, así como a las organizaciones y asociaciones de pares. La certificación de Medi-Cal de especialistas en apoyo entre pares comenzará en julio de 2022, y el beneficio de pares se agregará a los tres sistemas de prestación de especialidades de Medi-Cal de salud conductual: SMHS, DMC y DMC-ODS como un beneficio opcional del condado.

¿Qué dijeron la encuesta y los groups de enfoque?

Actualmente, el apoyo entre pares y los servicios de recuperación son en gran medida programas "de cosecha propia" financiados por los condados o apoyados por sistemas de tratamiento más grandes. Según la encuesta del condado, son más comunes en condados populosos como Alameda y Los Ángeles, al menos la mitad de los condados de California sin programas de servicios entre pares informaron un interés en la construcción. fuera servicios de pares. Entre los participantes de los grupos focales, hubo un interés particularmente fuerte en lo siguiente:

- Integrar los servicios de pares dentro de los diferentes niveles de atención, incluidos los centros de bienestar y sin cita previa y los servicios de crisis.
- Crear un continuo cohesivo en todo el estado de organizaciones de servicio entre pares, ayudando a reducir el aspecto informal y de cosecha propia de las iniciativas existentes.
- Desarrollar servicios de apoyo entre pares para las personas que viven con SUD para apoyarlos mejor en el tratamiento y la recuperación.
- Asegurar que los jóvenes, no solo los adultos mayores, tengan acceso a servicios de apoyo entre pares.

⁹⁰ Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Apoyo entre pares entre personas con enfermedades mentales graves: una revisión de la evidencia y la experiencia. *Psiquiatría Mundial*. 2012;11(2):123-128. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009.

⁹¹ "Peer Models and Usage in California Behavioral Health and Primary Care Settings", CalMHSA, Integrated Behavioral Health Project, noviembre de 2013. Disponible en http://www.ibhpartners.org/wp-content/uploads/2015/12/PeerModelsBriefRevFINAL.pdf?utm_source=rss&utm_medium=rss.

- Ofrecer servicios de apoyo entre pares de familia a familia para padres (u otros cuidadores) con niños que tienen una afección de salud conductual.

Al mismo tiempo, la encuesta y los grupos focales destacan la importancia de que se pongan a disposición recursos para apoyar los servicios entre pares. Ante problemas más urgentes y agudos (por ejemplo, el internado en los servicios de urgencias), algunos participantes de grupos focales sugirieron que es difícil tratar los servicios de apoyo entre pares como un "imprescindible".



Par y Recuperación apoya la Historia de éxito

El Departamento de Salud del Condado de Ribera Recuperación Innovaciones de California y Oasis Rehabilitación ofrecen servicios integrados operados por pares a clientes actuales y anteriores (tanto adultos como jóvenes en edad de transición) del Departamento del condado de Salud Mental. Los servicios que ofrecen incluyen ONU centro de recursos que proporciona información sobre opciones de vivienda, empleo y oportunidades educativas. Las actividades mensuales también se ofrecen un bajo costo o pecado costo alguno. Además, El Arte Obras una galería en Ribera una extensión del centro de apoyo y recursos entre pares, apoya la expresión artística de las personas contra enfermedades mentales. Ofrece programas

5.3 Servicios y apoyos comunitarios⁹³



Llevar

Los servicios y apoyos comunitarios son una prioridad de los condados y otras partes interesadas; lo más urgente es que se necesiten viviendas asequibles, apoyo a la vivienda y empleo apoyado para apoyar la vida comunitaria.

⁹² Riverside University Health System Peer Centers. Más información disponible en <https://www.rcdmh.org/Children-Services/Peer-Centers>.

⁹³ Los servicios y apoyos comunitarios tal como se definen en esta evaluación son distintos de la financiación de CSS que financia asociaciones de servicio completo operadas por los condados.

Los apoyos comunitarios son servicios flexibles que ayudan a las personas a facilitar y sostener su recuperación, permanecer en sus hogares con la máxima independencia y participar de manera significativa en sus comunidades. Cuando funcionan según lo previsto, los apoyos comunitarios pueden ayudar a las personas a evitar estadias institucionales o, si alguien está institucionalizado, pueden contribuir a períodos de estadia más cortos y facilitar que la persona regrese a la comunidad. El modelo de rehabilitación psicosocial y el marco de recuperación, integrados en los apoyos comunitarios y también en los servicios residenciales de salud mental, ayudan a las personas a desarrollar las habilidades emocionales, sociales y de afrontamiento requeridas. vivir en la comunidad de la manera más independiente posible. Este enfoque ayuda a las personas a desarrollar habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes y proporciona recursos para reducir las presiones futuras. La naturaleza exacta de los apoyos comunitarios que un individuo requiere terminará en sus necesidades y objetivos específicos, pero puede incluir apoyo psicosocial, empleo apoyado y vivienda. Soporta.

Pérdida de entornos de atención para adultos y personas mayores contra Licencia

En los últimos años, cientos de entornos de atención para adultos y personas mayores con licencia, que incluyen instalaciones residenciales para adultos y centros de atención residencial para ancianos, han cerrado Como resultado del aumento de los costos operativos. y las tasas de reembolso, entre otras razones. Por ejemplo, desde 2012, más de ONU tercio de las instalaciones residenciales con licencia que atienden a personas menores de 60 años, y más de una cuarta parte de las que atienden a clientes alcaldes han cerrado en San Francisco.⁹⁴

Los entornos de atención para adultos y personas mayores con licencia brindan alojamiento, supervisión, atención y comidas a personas alcaldes, discapacitadas o con enfermedades mentales graves. Las personas que viven en entornos de atención para adultos y personas mayores que hijo beneficiarios de Ingresos del Seguro Social (SSI) reciben la Tasa de Atención Fuera del Hogar No Médica (NMOHC), que es más alta que la tasa regular de SSI para las personas que viven de forma independiente en hogares o apartamentos, que pagan un la instalación. Algunos condados aumentan la tasa mensual para estas casas usando ONU "parche". Las partes interesadas, incluidos los defensores y los responsables políticos, han pedido

⁹⁴ Jocelyn Wiener, "Mental Health 'Catastrophe': Few Options for Residents as Care Homes Close", 21 de abril de 2019. Disponible en <https://www.kqed.org/news/11741821/overlooked-mental-health-catastrophe-vanishing-board-and-care-homes-leave-residents-with-few-options>.

⁹⁵ "Los hombres ignorados cuentan la "catástrofe" de salud: la desaparición de los hogares de ancianos y de la junta dejan a los residentes con pocas opciones", Jocelyn Wiener, CalMatters, 17 de septiembre de 2020. Disponible en <https://calmatters.org/projects/board-and-care-homes-closing-in-california-mental-health-crisis/>.

⁹⁶ "La pérdida de la junta y las instalaciones de atención está en nivel de crisis: socava los esfuerzos de los condados de California para apoyar a las personas con enfermedades mentales graves, los adultos

mayores y las personas con discapacidades en riesgo de "Personas sin hogar", Instituto Steinberg, Condado de Los Ángeles, CBHDA, 28 de febrero de 2020. Disponible en <https://namisantaclara.org/wp-content/uploads/2020/11/Loss-of-Board-and-Care-Facilities-is-at-Crisis-Level-2.28.20.pdf> .

Los apoyos comunitarios son servicios flexibles que ayudan a las personas a facilitar y mantener su recuperación, permanecer en sus hogares con la máxima independencia y participar de manera significativa en sus comunidades. Cuando funcionan según lo previsto, los apoyos comunitarios pueden ayudar a las personas a evitar estadías institucionales o, si alguien está institucionalizado, pueden contribuir a períodos de estadía más cortos y facilitarlo. para que la persona regrese a la comunidad. El modelo de rehabilitación psicosocial y el marco de recuperación, integrados en los apoyos comunitarios y también en los servicios residenciales de salud mental, ayudan a las personas a desarrollar las habilidades emocionales, sociales y de afrontamiento necesarias para vivir en la comunidad de la manera más independiente posible. Este enfoque apoya a las personas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes y proporciona recursos para reducir las presiones futuras. La naturaleza exacta de los apoyos comunitarios que un individuo requiere dependerá de sus necesidades y objetivos específicos, pero puede incluir apoyo psicosocial, apoyado empleo y apoyos a la vivienda.

Apoyos de vivienda

Al igual que en otros estados, las personas que viven con afecciones de salud mental crónicas, a menudo concurrentes, y trastornos por uso de sustancias son particularmente vulnerables a quedarse sin hogar, y la experiencia de la falta de vivienda contribuye para aumentar las condiciones de salud mental y trastorno por uso de sustancias. Esto significa que los apoyos de vivienda, que son servicios que ayudan a las personas que viven con problemas de salud conductual a encontrar, mudarse y retener la vivienda, son fundamentales para el tratamiento y la recuperación de muchas personas que viven con necesidades significativas de salud conductual. Además, la falta de apoyos de vivienda puede perpetuar un ciclo costoso de visitas evitables a la sala de emergencias, estadías de pacientes hospitalizados, estadías residenciales a largo plazo o encarcelamiento. Si las personas no tienen a dónde ir cuando están listas para "renunciar" a los servicios de hospitalización o estabilización de crisis, esto contribuye a los cuellos de botella en puntos clave en la continuidad de la atención.

Es importante destacar que los apoyos a la vivienda, es decir, los servicios que ayudan a las personas a encontrar y permanecer en sus hogares, son diferentes de la vivienda asequible, que es un problema importante en California. La crisis de personas sin hogar del estado está bien documentada y es una prioridad apremiante de la Administración Newsom, que ha lanzado una serie de iniciativas para trabajar directamente en la expansión de la oferta de viviendas asequibles. y para proporcionar asistencia para el alquiler (consulte el cuadro Iniciativas de vivienda adicionales de California a continuación). Se deben considerar los apoyos de vivienda para las personas que viven con problemas de salud conductual, además de abordar el contexto del aumento de las tasas de personas sin hogar y la falta de viviendas asequibles para muchos de los residentes de California. Es fundamental que las opciones de vivienda y los apoyos de vivienda estén diseñados para funcionar para las personas que viven con necesidades significativas de salud conductual. Delo contrario, se le puede negar el acceso a los programas de

vivienda porque sus necesidades se consideran "demasiado severas", o porque un proveedor no está dispuesto a servirles en función de su historia clínica y comportamientos anteriores.

Medi-Cal no puede pagar subsidios de alquiler para los afiliados a Medi-Cal y, históricamente, ha cubierto los apoyos de vivienda de forma limitada a través de pequeños pilotos. Ahora, sin embargo, DHCS ha establecido un menú de "Apoyos Comunitarios" (a veces conocido como servicios en lugar de servicios o ILOS basado en las reglas federales que autorizan el pago federal de Medicaid para estos servicios) que los planes de atención administrada pueden ofrecer a sus afiliados cuando sea médicamente apropiado y se considere una alternativa rentable a un Medi-Cal cubierto

servicio. Estos "apoyos comunitarios" o "en lugar de servicios", incluyen una gama de apoyos de vivienda ⁹⁷. DHCS está alentando fuertemente a los planes de atención administrada en todos los condados a ofrecer estos servicios a partir del 1 de enero de 2022, incluidos los siguientes relacionados con los apoyos de vivienda:

- Servicios de navegación de transición de vivienda que ayudan a los afiliados a obtener vivienda, incluida la identificación y resolución de barreras a la vivienda y la búsqueda de vivienda.
- Depósitos de vivienda que ayudan con los gastos únicos, como depósitos de seguridad, tarifas de instalación o depósitos para servicios públicos, y el alquiler del primer y último mes.
- Servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas que brindan servicios como educación, capacitación, entrenamiento y resolución de disputas, con el objetivo de mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que se asegure la vivienda.
- Vivienda a corto plazo después de la hospitalización que brinda a los afiliados en transición fuera de la hospitalización de pacientes hospitalizados que no tienen una residencia y tienen necesidades médicas o de salud conductual sustanciales la oportunidad de continuar con su tratamiento médico/psiquiátrico/SUD en un entorno con los apoyos necesarios para la recuperación y la recuperación.
- Atención de recuperación (respiro médico), que es atención residencial a corto plazo para personas que ya no requieren hospitalización pero que aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad (incluidas las afecciones de salud conductual) y cuya condición se vería exacerbada por un entorno de vida inestable.
- Programas de habilitación diurna, que están diseñados para ayudar a los inscritos a adquirir, retener y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación necesarias para residir con éxito en la comunidad.
- Centros de aleccionamiento, que son destinos alternativos para las personas que se encuentran intoxicadas públicamente (debido a la alcohol y / u otras drogas) y que de lo contrario serían transportadas a la departamento de emergencias o cárcel. Consulte 5.7 Servicios de crisis para obtener detalles adicionales sobre este servicio.

Puede encontrar más detalles sobre los apoyos comunitarios (ILOS) disponibles a través de los planes de atención administrada, incluida la elegibilidad del programa, [aquí](#). ^{98,99,100} Fuera de Medi-Cal, los condados también pagan por vivienda y apoyos de vivienda utilizando otros fondos, incluidos los fondos de MHSA. También apoyan la participación de los propietarios de entornos de cuidado de adultos y personas mayores con licencia y otros servicios y apoyos de vivienda, vivienda.

⁹⁷ Guía de políticas de Medi-Cal en lugar de servicios (ILOS), DHCS, septiembre de 2021. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/MCQMD/ILOS-Policy-Guide-September-2021.pdf>.

⁹⁸ "The Community Care Expansion Program", CDSS, disponible en <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/cdss-programs/community-care-expansion>.

⁹⁹ "Subvenciones administradas por el Consejo", Negocios, Servicios al Consumidor y Vivienda de California Agencia, Disponible en <https://www.bcsb.ca.gov/hcfc/grants.html>.

¹⁰⁰ "Subvenciones y fondos", Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California, disponible en <https://www.hcd.ca.gov/grants-funding/index.shtml>.

Iniciativas adicionales de vivienda en California

Además de las iniciativas relacionadas con la vivienda lideradas por DHCS, otras agencias de California también están invirtiendo en la expansión de viviendas para los residentes del estado que lo necesitan. Por ejemplo:

- **Programa de Expansión de Atención Comunitaria:** A través de este programa, el Departamento de Servicios Sociales de California desembolsará \$805 millones a partir del 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2027 (pendiente de aprobación del presupuesto) para la adquisición, construcción y rehabilitación de centros de atención para adultos y personas mayores que atienden un solicitantes y beneficiarios de Ingresos del Seguro Social (SSI), incluidas las personas que están en riesgo de experimentar la falta de vivienda.
- **California Interagencial Consejo en Vivienda :** Parte de la Agencia de Negocios, Servicios al Consumidor y Vivienda, el Consejo, anteriormente conocido Como el Consejo de Coordinación y Financiamiento de Personas sin Hogar, administrar varias subvenciones en las jurisdicciones configuraciones regionales en todo el estado, incluido el Programa de Vivienda, Asistencia y Prevención para Personas sin Hogar, ONU ciclo de subvenciones de cuatro rondas por ONU total de cerca de \$ 3 mil millones para apoyar la coordinación regional y expandir o desarrollar la capacidad local para abordar su desafío inmediato de la falta de vivienda y vivienda los fondos de emergencia de COVID-19 un los condados para reducir la propagación de COVID-19 al llevar de manera segura un las personas a un refugio y

Disponibilidad de viviendas y apoyos integrados

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Los participantes de la encuesta y del grupo focal identificaron apoyos de vivienda críticos adicionales para las personas que viven con necesidades de salud conductual, así como algunas barreras que enfrentan las personas al tratar de usar esos apoyos. que están disponibles, incluidos los siguientes:

- Opciones adicionales de vivienda de apoyo permanente para adultos que proporcionan servicios integrales de salud conductual, como servicios de recuperación (93 por ciento de los encuestados).
- Vivienda general adicional con acceso a apoyos administrados por el condado, como asociaciones de servicio completo para adultos que brindan servicios y apoyos intensivos y coordinan el acceso a la vivienda, la educación y el empleo (83 porcentaje de encuestados).
- Capacidad adicional en instalaciones residenciales para adultos a largo plazo, incluidos los modelos de pensión y atención (82 por ciento de los encuestados del condado). El modelo de "continuo lineal" en el que se supone que las personas deben renunciar gradualmente de los servicios hospitalarios a través de entornos menos supervisados a la vida independiente ha fracasado en la mayoría de los casos. para mover a las personas hacia una vida independiente. Las personas que viven con enfermedades mentales y desafíos de SUD necesitan más entornos de apoyoal tratamiento. ¹⁰¹

¹⁰¹ Barbato A, D'Avanzo B, Harvey C, Lesage A, Maone A. Editorial: De la atención residencial a la vivienda con apoyo. *Frente psiquiatría*. 2020;11:560. Publicado 2020 Jun. 12. doi:10.3389/fpsy.2020.00560. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303362/>.

- Residencias adicionales de vida sobria o recuperación para personas que viven con SUD (71 por ciento de los encuestados).
- Capacidad de vivienda adicional, debido a las bajas tasas de vacantes en muchos condados (95 por ciento de los encuestados).
- Opciones de vivienda inasequibles (por ejemplo, los pagos de SSI son insuficientes para pagar la vivienda del cliente) (85% de los encuestados).
- Los proveedores de vivienda no están dispuestos a aceptar clientes de salud conductual (75 por ciento de los encuestados). Los encuestados del grupo focal señalaron que las personas que viven con necesidades de salud conductual particularmente significativas, comportamientos problemáticos o historias pueden ser particularmente difíciles de vincular a la vivienda.
- Barreras para construir o ubicar viviendas para personas que viven con problemas de salud mental y personas que viven con trastornos por uso de sustancias (68 por ciento de los encuestados).

Además, algunos miembros de grupos focales expresaron su preocupación por la posibilidad de inversiones adicionales en viviendas no integradas a largo plazo, especialmente para las personas que viven con enfermedades mentales. Si bien estos participantes están profundamente preocupados por la falta de opciones de vivienda adecuadas para las personas que viven con enfermedades mentales, recomendaron que el estado siga estrategias que permitan que las personas que viven con condiciones de salud conductual vivan y residan en comunidades integradas. Si las personas que viven con problemas de salud mental se concentran en ciertos edificios o instalaciones, puede contribuir al estigma y dejarlos aislados y al margen de la sociedad.

Estos hallazgos fueron consistentes con el Informe Familiar Anual 2020-2021 de NAMI California, que destaca la falta de vivienda disponible y apoyos de vivienda como una barrera común para el cuidado de las personas que viven con enfermedades mentales y sus familias, y pide mayores inversiones estatales en ambas áreas. ¹⁰²

¹⁰² NAMI California. Informe Anual del Estado de las Comunidades con las Familias 2020-2021. Noviembre 2021. Disponible en https://namica.org/wp-content/uploads/2021/11/NAMI-2020-21-Familias-report_F-web.pdf.



La vivienda apoya la Historia de éxito

El Condado de Los Ángeles ofrece el programa homeless Care Support Services (HCSS) a través de Whole Person Care (WPC). HCSS proporciona a los afiliados de Medi-Cal que experimentan la falta de vivienda servicios integrales para mejorar la salud, abordar las necesidades de vivienda y disminuir el uso de servicios de atención médica de alto costo. Los participantes están conectados a oportunidades de vivienda permanente y reciben subsidios de alquiler ya sea a través de fondos federales de la Sección 8 o a través de los fondos de vivienda flexible del condado. Hasta ahora, el condado de Los Ángeles ha inscrito a 13,449 afiliados únicos de Medi-Cal en HCSS. ¹⁰³

El Condado de Napa también acredita su tasa de retención de vivienda de inscritos en WPC

Empleo con apoyo

Para muchos, el empleo no es solo un determinante de la salud y el bienestar, incluida la salud mental, sino también un antídoto contra la exclusión social. ¹⁰⁴

Los servicios de empleo apoyado brindan la ayuda que las personas que viven con problemas de salud conductual necesitan para obtener y mantener trabajos competitivos remunerados en la comunidad. Los servicios de empleo apoyado pueden incluir evaluación vocacional, ayuda para encontrar trabajo y capacitación en habilidades laborales. El empleo apoyado también proporciona entrenadores que trabajan en el lugar de trabajo y ayudan al individuo a aprender tareas, identificar modificaciones en el trabajo y trabajar con el empleador para solucionar problemas.



La colocación y apoyo individual (IPS) es un modelo basado en la evidencia de empleo apoyado para personas que viven con enfermedades mentales (por ejemplo, trastorno del espectro de esquizofrenia, trastorno bipolar depresión). Está siendo utilizado cada vez más por los condados de California ya que se ha demostrado que es más eficaz para ayudar a las personas que viven con SMI a conservar sus trabajos por más tiempo y ganar más dinero que las personas en los programas de empleo tradicionales ¹⁰⁵

¹⁰³ "Whole Person Care: A Mid-Point Check-In", DHCS, marzo de 2019. Disponible en https://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/Harbage_WPC_MidPointPaper.pdf.

¹⁰⁴ Bond GR, Drake RE, Becker DR. Una actualización sobre la colocación y el soporte individual. *Psiquiatría Mundial*. 2020;19(3):390-391. doi:10.1002/wps.20784.

¹⁰⁵ Bond GR, Drake RE, Campbell K. Efectividad de la colocación individual y el apoyo al empleo apoyado para adultos jóvenes. *Psiquiatría Interv Temprana*. 2016;10(4):300-307. doi:10.1111/eip.12175.

Disponibilidad de empleo con apoyo

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Los programas de empleo apoyado para personas que viven con necesidades de salud conductual están disponibles en muchos condados de California y se financian con dólares estatales. Por ejemplo, los Programas Cooperativos de Salud Mental de California brindan servicios de empleo colaborativo para ayudar a las personas que viven con discapacidades psiquiátricas graves a ingresar o reingresar a su comunidad. personal. Veinticinco acuerdos de cooperación negociados y mantenidos conjuntamente por las oficinas locales de salud mental del condado y del Departamento de Rehabilitación brindan servicios especializados de empleo, que incluyen asesoramiento y orientación, exploración vocacional, evaluaciones de empleo especializadas, capacitación vocacional, educación universitaria y universitaria, transporte y ropa de trabajo. ¹⁰⁶ Además, los condados de California, incluidos Solano y Alameda, utilizan los fondos de MHSA para proporcionar servicios de empleo apoyado, en gran parte utilizando la Colocación y Apoyo Individual (IPS) modelo, para individuos que viven con condiciones de salud conductual. ¹⁰⁷ Los servicios de empleo apoyado no están cubiertos por el programa Medi-Cal. El [Departamento de Rehabilitación](#) proporciona apoyo y servicios de rehabilitación vocacional a individuos, incluyendo individuos y jóvenes que viven con discapacidades significativas, para ayudar a las personas a aprender y desempeñarse. sus deberes laborales y mantener el empleo.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Los participantes del grupo focal enfatizaron la importancia de construir apoyos sociales, incluido el empleo apoyado que vincula a las personas con el trabajo y las conexiones de empleo en la comunidad, junto con los apoyos de vivienda para fomentar la integración comunitaria de las personas que viven con necesidades de salud conductual.

¹⁰⁶ Adultos: California Mental Health Cooperative Programs Employment with Support, DHCS. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. Disponible en https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/Adult-Employment_with_Support.aspx.

¹⁰⁷ Issue Brief: Empleo, Asociación de Juntas y Comisiones Locales de Salud conductual de California, octubre de 2021. Disponible en https://www.calbhbc.org/uploads/5/8/5/3/58536227/issue_brief_-_employment.pdf.



Historia de éxito de empleo apoyado

Al igual que muchos otros condados de California, San Diego ya invertido en la expansión de las oportunidades de empleo para las personas que viven contra necesidades de salud conductual. Ya proporcionado una Serie de capacitaciones anuales para sus proveedores de salud conductual del condado para alentarlos un desarrollar la capacidad de empleo apoyado, organizó eventos sociales de empleo para presentar un los participantes del programa el potencial empleadores en entornos no laborales y desarrolló ONU conjunto de herramientas para consumidores y empleadores. El último Plan Estratégico de Empleo Quinquenal del condado (años fiscales 2020-24) se basa en sus esfuerzos anteriores en esta área y refleja los aportes de una variedad de partes interesadas, que incluyen individuos con Experiencia vivida. Entre otras cosas, San Diego está expandiendo su uso de modelos de apoyo al empleo basados en la evidencia para jóvenes de 108 y necesidad de transición personas que viven con

5.4 Servicios de soporte intensivo



Llevar

Se puede hacer más para los servicios de apoyo intensivo en todo el estado, para abordar los atrasos en los hospitales y entornos de atención residencial y para apoyar a las personas en la vida comunitaria.

Los servicios de apoyo intensivo son servicios basados en la comunidad que están diseñados para satisfacer las necesidades de adultos, niños y jóvenes que son lo suficientemente estables y seguros para permanecer en la comunidad, pero que requieren significativamente más apoyo que los servicios ambulatorios tradicionales para hacerlo. A menudo, las personas están inscritas en un servicio de apoyo intensivo como parte de la transición de la atención residencial, pero también pueden estar inscritas en dicho servicio si tiene una afección que está empeorando y que de otra manera podría requerir hospitalización o tratamiento residencial. Para aquellos que viven con SMI, la necesidad de servicios intensivos puede ser continua y no parte de una transición. Hay un énfasis creciente en todo el país y en California en proporcionar servicios de apoyo intensivos informados y basados en la evidencia para capacitar mejor a adultos, niños y los jóvenes que viven con una salud mental significativa deben permanecer en sus hogares y comunidades. Por ejemplo, servicios intensivos en el hogar,

¹⁰⁸ Los jóvenes en edad de transición son [jóvenes](#) entre las edades de 16 y 24 años (Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente) que están en transición de la [custodia estatal](#) o de [crianza temporal](#) [cuidan](#) los entornos y están en riesgo.

¹⁰⁹ San Diego Behavioral Health Work Well Plan Estratégico de Empleo de Cinco Años fy 2020 a 2024, Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego. Último acceso: 8 de septiembre de

2021. Disponible en

[https://www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/bhs/documents/NOC/MHSA/BHS%20Five%20Year%20Strategic%20Employment%20Plan%20\(8.6.2020\).pdf](https://www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/bhs/documents/NOC/MHSA/BHS%20Five%20Year%20Strategic%20Employment%20Plan%20(8.6.2020).pdf).

cubiertos en los servicios especializados de salud mental de California como servicios intensivos en el hogar, están diseñados para ayudar a los niños y adolescentes a evitar la colocación fuera del hogar debido a las necesidades de salud mental. Estos programas a menudo se caracterizan por el uso de un enfoque de equipo multidisciplinario para proporcionar un tratamiento intensivo e integrado a las personas que participan en múltiples sistemas de atención.

Los principales servicios de apoyo intensivo que se abordan en esta sección incluyen:

- Programas ambulatorios intensivos (IOP), que consisten en un programa preestablecido de servicios básicos (por ejemplo, asesoramiento individual, terapia de grupo, psicoeducación familiar y administración de casos proporcionados para un número específico de horas por semana). Bajo las reglas de Medi-Cal, las personas que viven con SUD elegibles para este servicio deben recibir al menos nueve horas de servicios por semana.
- Programas de Hospitalización Parcial (PHP), que son muy similares a los IOP en términos de los servicios que ofrecen, pero en su lugar brindan atención durante 20 o más horas por semana. En Medi-Cal, los condados de DMC-ODS pueden optar por proporcionar PHP.
- Tratamiento diurno, que es similar a los IOP y PHP en términos de los servicios ofrecidos y el rango de horas de atención que se proporciona. El tratamiento diurno es un programa estructurado y multidisciplinario que incluye reuniones comunitarias, terapia y grupos de desarrollo de habilidades. En Medi-Cal, los programas de tratamiento diurno incluyen al menos tres horas de servicios por día.
- Constructores de viviendas - Servicios intensivos de preservación y reunificación familiar. Homebuilders proporciona asesoramiento intensivo en el hogar, desarrollo de habilidades y servicios de apoyo para familias que tienen hijos (0-18 años) en riesgo inminente de colocación fuera del hogar o que están en y no se puede reunificar sin servicios intensivos en el hogar. Los constructores de viviendas intervienen en el punto de crisis y responden a las familias en un entorno natural, crean metas concretas para las familias y utilizan estrategias de intervención basadas en la investigación para enseñar nuevas habilidades y facilitar el cambio de comportamiento. Los constructores de viviendas son importantes para que los jóvenes en peligro inmediato brinden apoyo continuo y integral que promueva de inmediato prácticas seguras.
- Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT), una práctica basada en la evidencia que ofrece una amplia gama de servicios médicos y sociales a personas que viven con deficiencias funcionales graves asociadas con enfermedades mentales graves. Proporcionados por un equipo multidisciplinario, los servicios se brindan las 24 horas del día, los siete días de la semana durante el tiempo que sea necesario y donde sea necesario. ACT está diseñado para ser entregado con fidelidad a los criterios nacionales basados en la evidencia. ACT ha demostrado éxito en la mejora de los resultados de salud mental y la reducción de la probabilidad de nuevo arresto o institucionalización para los adultos que viven con necesidades significativas de salud mental. ¹¹⁰

¹¹⁰ "A Way Forward: Diverting People with Mental Disease from Inhumane and Expensive Jails into Community-Based Treatment that Works", ACLU, julio de 2014. Disponible en <https://www.prisonlegalnews.org/media/publications/A%20Way%20Forward%20-%20Diverting%20People%20with%20Mental%20Illness%20from%20Inhumane%20and%20Expensive%20Jails%20into%20Community-Based%20Treatment%20that%20Works%2C%20ACLU%20%26%20Bazelon%2C%202014.pdf>

- **Tratamiento Comunitario Asertivo** Forense (FACT), un modelo de prestación de servicios para personas que viven con SMI y que están involucradas en el sistema de justicia penal. FACT se basa en el modelo ACT (descrito anteriormente) y se ajusta en función de los problemas de justicia penal, abordando específicamente los riesgos y necesidades criminogénicos. FACT intenta tender un puente entre los sistemas de salud conductual y justicia penal utilizando equipos multidisciplinarios y un compromiso intensivo y continuo. ¹¹¹
- Programas de tratamiento ambulatorio asistido (AOT), que (a) identifican a las personas con enfermedades mentales graves que no participan en el tratamiento, (b) evalúan si existe un riesgo sustancial de deterioro y / o detención involuntaria (bajo el Código de Bienestar e Instituciones §5150) que podría mitigarse mediante la prestación de servicios apropiados, y (c) solicitar al tribunal que ordene la participación en dichos servicios si el individuo no es capaz de comprometerse con éxito por otros medios. Estos programas deben entregarse de manera ética y consistente con las pautas de política de SAMHSA para el compromiso involuntario. ¹¹²



Asociaciones de servicio completo

Los programas de Asociación de Servicio Completo (FSP, por sus siglas en inglés) brindan servicios intensivos de salud mental basados en la comunidad para clientes contra necesidades complejas. Esta población incluye adultos que viven contra enfermedades mentales Tumbas y a menudo ONU trastorno concurrente por uso de sustancias, y jóvenes que viven con necesidades de comportamiento, que están experimentando y / o en riesgo de institucionalización, falta de vivienda, encarcelamiento o hospitalización psiquiátrica. La base de las Asociaciones de Servicio Completo es hacer "lo que sea necesario" para ayudar un las personas en su camino hacia la recuperación y el bienestar. Los programas ayudan contra la vivienda, el empleo y la educación, además de proporcionar servicios integrados de salud mental y tratamiento del uso de sustancias. Contra ONU enfoque único basado en el equipo, una baja proporción de personal por cliente y disponibilidad de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los FSP enfatizan el fortalecimiento o el cultivo de los apoyos naturales de los clientes, Como sus

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Los datos del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA se utilizaron para identificar las instalaciones que brindan tratamiento ambulatorio intensivo (PIO) y servicios de hospitalización parcial para problemas de salud mental y SUD. Tanto la PIO como los programas de hospitalización parcial (PHP) proporcionan tratamiento intensivo y apoyos para abordar las adicciones, la depresión, los trastornos alimentarios u otras dependencias que no requieren

¹¹¹ "Forensic Assertive Community Treatment (FACT)", SAMHSA, disponible en <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-fact-br.pdf>.

¹¹² Civil Commitment and the Mental Health Care Continuum: Historical Trends and Principles for Law

and Practice, SAMHSA, 2019. Disponible en <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/civil-compromiso-continuo-de-atención.pdf>.

desintoxicación o supervisión las veinticuatro horas del día. La principal diferencia entre las IOP y las PHP es la duración del tiempo. Las IOP son tres días a la semana durante unas horas cada día. Los PHP son más largos, al menos cuatro horas por día y al menos cinco días a la semana.

Según estos datos, la mayoría de los condados de California tienen al menos una instalación que proporciona tratamiento ambulatorio intensivo para SUD. Solo 10 condados no tienen ningún programa de tratamiento ambulatorio intensivo. Y solo 29 condados, en 205 instalaciones, ofrecen servicios de hospitalización parcial SUD.

Los datos del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud de SAMHSA Behavioral también sugieren que los programas de hospitalización parcial para el tratamiento de salud mental son relativamente raros en California, con solo 33 instalaciones en nueve condados. Además, más de un tercio de los programas que brindan servicios de hospitalización parcial para el tratamiento de la salud mental se encuentran en el condado de Los Ángeles. La Tabla 5 en el Apéndice B identifica los condados que tienen instalaciones que brindan tratamiento ambulatorio intensivo para SUD u hospitalización parcial para salud mental o SUD.

ACT está disponible a través del sistema de salud conductual financiado con fondos públicos en condados seleccionados de California utilizando dólares estatales y de subvenciones, incluidos los fondos de MHSA. Los datos del Localizador de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA indican que los servicios de ACT están disponibles en 128 instalaciones diferentes en 30 condados de California. Si bien los componentes de ACT se pueden facturar bajo los planes de salud mental para los afiliados a Medi-Cal que califican, incluidos los servicios de apoyo de medicamentos, ACT no está cubierto como un servicio discreto y combinado. A la luz de las necesidades significativas y la participación transversal de las personas que obtienen servicios de ACT, un monitoreo sólido es fundamental para verificar que los equipos estén brindando servicios de acuerdo con estándares de fidelidad y que estos equipos están produciendo los resultados previstos (menores visitas a la sala de emergencias y hospitalizaciones). Cabe señalar que los equipos de FSP pueden proporcionar un enfoque multidisciplinario que se alinee con algunos componentes de ACT (por ejemplo, los requisitos de personal y el tamaño del equipo). La ausencia de un beneficio de ACT en todo el estado en el programa Medi-Cal complica los esfuerzos en la entrega y monitoreo de los equipos de ACT de acuerdo con las pautas nacionales de fidelidad y Resultados.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Hay escasez de IOP, PHP y servicios de tratamiento diurno para adultos y adolescentes en todo el estado. Más de la mitad de los condados (57 por ciento) encuestados informaron que necesitan IOP adicionales, PHP y servicios de tratamiento diurno para adultos y jóvenes. Un número significativo de condados (31) ofrecen programas de AOT que proporcionan tratamiento comunitario ordenado por la corte para personas con antecedentes de hospitalización y contacto con la policía.



Innovaciones en los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo

La iniciativa de **Rediseño y Transformación del Programa de Asociación de Servicio Completo (FSP)** del **Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (LACDMH)** se lanzó en julio de 2021 y representa un enfoque innovador a gran escala. para alinear los pagos y la responsabilidad con resultados significativos de la vida de los clientes. Los contratos de tres años modificados, que requieren el despliegue de equipos de servicios dedicados responsables de poblaciones de clientes específicas, se desarrollaron en los últimos tres años en asociación con Tercer Sector, cuyo trabajo fue financiado por el Grupo Ballmer. La transformación del FSP involucra a 196 clínicas contratadas e internas que atienden a más de 15,000 clientes con enfermedades mentales graves e impacta \$ 300 millones en gastos anuales de MHSA (más de la mitad de los Fondos de MHSA asignados a Los Ángeles Departamento de Salud Mental del Condado). Bajo el nuevo diseño, los contratistas pueden recibir hasta un 6 por ciento en pagos de resultados para lograr objetivos específicos, incluida la retención de los clientes de mayor agudeza en el programa. voluntariamente y ayudando a los clientes a obtener / mantener una vivienda estable, evitar la reincidencia en la calle / cárcel y reducir las hospitalizaciones psiquiátricas. El rediseño incorporó comentarios entre los grupos de partes interesadas, incluidos los clientes, sobre los objetivos de resultados, los incentivos, los informes de datos y el modelo de servicio. UCLA, a través de su Asociación Pública para el Bienestar con LACDMH (PPfW), apoyó el desarrollo de un modelo unificado basado en la evidencia de "lo que sea necesario", y está entregando un proveedor continuo. creación de capacidad y asistencia técnica. LACDMH recibirá datos iniciales de los proveedores para noviembre de 2021, después de lo cual LACDMH recopilará datos sobre los nuevos resultados y métricas de inscripción y compartirá nuevos los informes procesables por datos muestran el progreso en el primer trimestre.El PPfW también ha lanzado una serie de Colaboraciones de Aprendizaje para apoyar la mejora continua. Los primeros pagos de incentivos se distribuirán a principios de 2022, en función del progreso en los primeros seis meses de los nuevos contratos.

5.5 Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también conocido como tratamiento asistido por medicamentos o MAT)



Llevar

A pesar de la cobertura de Mat-Cal y el progreso significativo, se puede hacer más trabajo para ampliar la capacidad del proveedor para prescribir y proporcionar MAT y ponerlo a disposición en todo el estado. especialmente en zonas rurales.

Promover el acceso a medicamentos para el OUD y el trastorno por consumo de

alcohol en todos los entornos de tratamiento y en todos los niveles de atención a lo largo del continuo es una prioridad clave para California. Para OUD, los medicamentos incluyen metadona proporcionada a través de NTP, así como buprenorfina proporcionada por médicos, enfermeras practicantes (NP) y asistentes médicos (PA) que se han registrado en los Estados Unidos. Agencia Estatal de Control de Drogas

y recibió una exención de SAMHSA para hacerlo.¹¹³ Los medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol incluyen naltrexona, disulfiram y acamprosato. No hay requisitos especiales que los proveedores deben cumplir para recetar estos medicamentos, aunque la conciencia de su efectividad y disponibilidad sigue siendo limitada. A nivel nacional, menos de uno de cada 10 adultos recibe algún tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol, y solo el 1.6 por ciento de ellos usa MAT.¹¹⁴

California tiene múltiples esfuerzos en marcha en todo el estado y en el programa Medi-Cal destinados a ampliar el acceso a todas las formas de dichos medicamentos, independientemente de dónde las personas reciban tratamiento para su SUD. Por ejemplo, el estado está en el proceso de agregar explícitamente la cobertura de MAT a todos los niveles de atención (por ejemplo, pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios intensivos y tratamiento residencial) cubiertos por el estado de Medi-Cal. Plan. Además, el estado está utilizando los dólares de la subvención estatal de respuesta a los opioides para financiar un Proyecto de Expansión de MAT de California que incluye numerosos componentes destinados a ampliar el acceso a MAT para poblaciones de difícil acceso, incluido el Proyecto Tribal MAT, que busca mejorar el acceso de las comunidades indígenas tribales y urbanas mediante el aumento del número de prescriptores exentos de buprenorfina que incorporen los valores y culturas de las comunidades a las que sirven en sus prácticas.

Recientemente, la Agencia Federal de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) publicó [nuevas](#) reglas que permiten que [los](#) Programas de Tratamiento de Opioides registrados por la DEA establezcan y operen camionetas móviles de metadona sin obtener un registro separado de la DEA para cada componente móvil. Las unidades móviles de MAT ofrecen servicios como sesiones de telesalud, asesoramiento, naloxona y referencias a servicios integrales. Una enfermera, un consejero de administración con licencia o certificado y un especialista en apoyo entre pares viajan en cada unidad.

Otras inversiones incluyen el Programa Puente de California, que utiliza hospitales y servicios de urgencias como puntos de acceso primarios las 24 horas del día, los 7 días de la semana para el tratamiento mat y SUD, y la expansión de MAT en entornos de justicia penal del condado para proporcionar cobertura de al menos dos formas de MAT para individuos en la cárcel y los tribunales de drogas. Además, el sistema penitenciario de California opera el programa de Tratamiento Integrado de Trastornos por Uso de Sustancias, un enfoque integral para tratar a las personas que están encarceladas que incluye evaluación, tratamiento SUD, MAT (donde se indique), y una sólida planificación de transición cuando se preparan para salir de prisión.¹¹⁵ Aprovechando sus esfuerzos por ampliar el acceso a la MAT para los que participan en la justicia

¹¹³ En abril de 2021, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) revirtió la capacitación y otros requisitos para los médicos y los extensores médicos que desean recetar buprenorfina para tratar el uso de opioides. trastorno, en ciertas circunstancias (por ejemplo, para tratar hasta 30 pacientes). Disponible en <https://public-inspection.federalregister.gov/2021-08961>.

[pdf?utm_campaign=pi+subscription+mailing+list&utm_source=federalregister.gov&utm_medium=email](#).

¹¹⁴ Han B, Jones CM, Einstein EB, Powell PA, Compton WM. Use de medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol en los Estados Unidos: resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud 2019. JAMA Psiquiatría. Publicado en línea el 16 de junio de 2021. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1271.

¹¹⁵ Expansión de MAT en entornos de justicia penal del condado: una colaboración de aprendizaje, DHCS y Health Management Associates, 2021. Disponible en <http://www.californiamat.org/wp-content/uploads/2021/01/2021-Jail-MAT-Team-Program-Description-002.pdf> .

las personas que califiquen en la cárcel o prisión podrán obtener MAT en el período de preliberación de 90 días y hasta 30 días de MAT (dependiendo del momento de la visita de seguimiento) para apoyar su reingreso a la comunidad si el gobierno federal aprueba la exención Cal-AIM 1115 de California.

Si bien California ha logrado avances en la expansión del acceso a MAT en los últimos años, DHCS reconoce que existen barreras para acceder a MAT y que se puede hacer más trabajo para extender el uso de MAT.

Disponibilidad de MAT

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Dado que el MAT para el trastorno por uso de opioides está altamente regulado por el gobierno federal, hay datos relativamente amplios disponibles tanto sobre los NTP como sobre los proveedores de buprenorfina exentos. La evaluación se basa en datos de la Agencia antidrogas de los Estados Unidos para determinar el número máximo de personas que viven con un trastorno por uso de opioides en cada condado que podrían ser tratadas con buprenorfina. Además, utiliza datos de licencia de DHCS para determinar el número de NTP, así como el número de ranuras NTP disponibles en cada condado. Finalmente, Health Management Associates compartió datos sobre la medida en que las cárceles de todo el estado están proporcionando medicamentos para OUD.¹¹⁶

Los datos indican que MAT está disponible en la mayoría de los condados de California a través de NTP o prescriptores de buprenorfina, pero como se discute a continuación, persisten preocupaciones significativas sobre la idoneidad de este suministro. Específicamente:

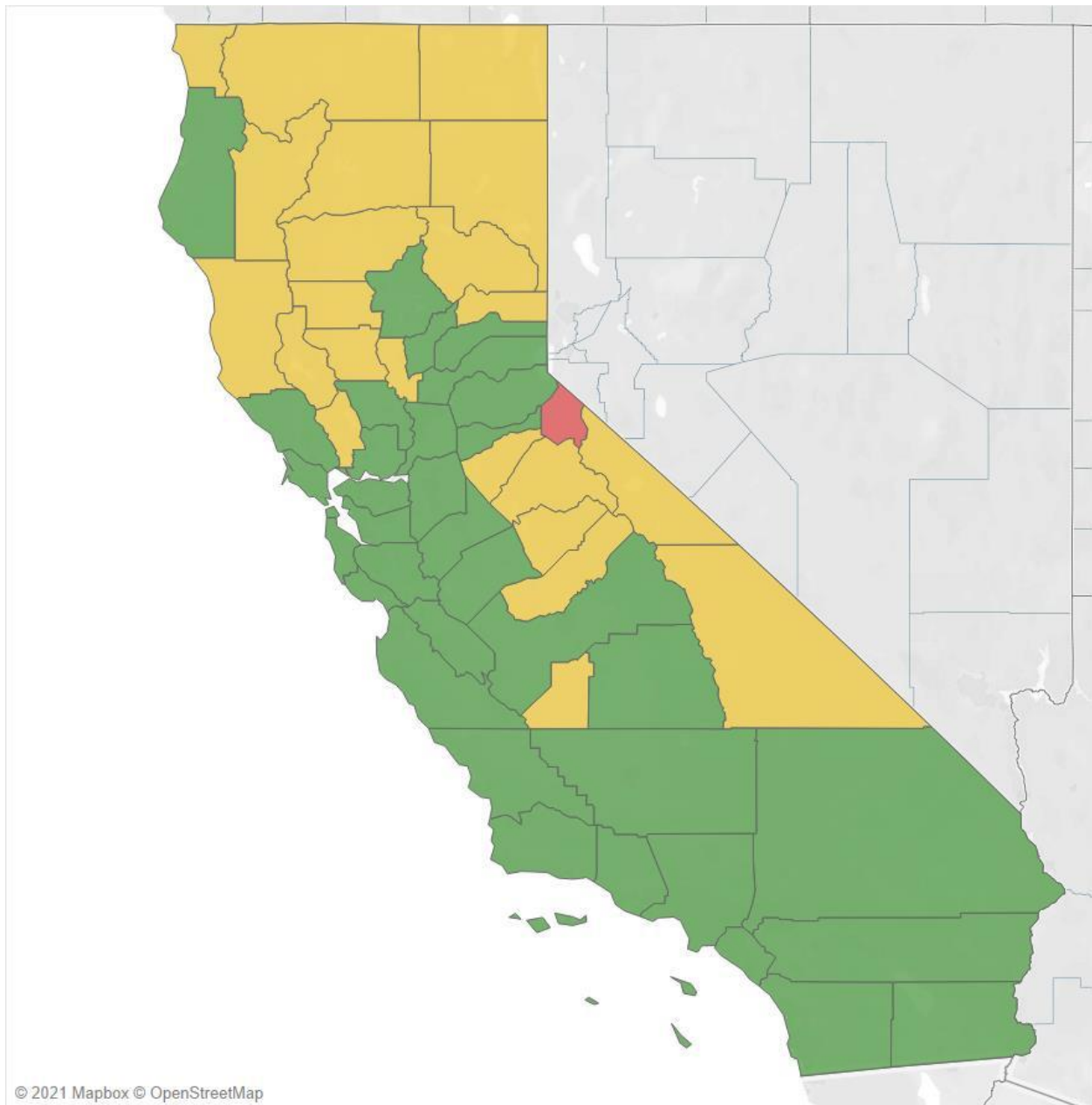
- Los NTP se encuentran en 35 condados de California, lo que significa que las personas que residen en los 23 condados restantes deben viajar a los NTP en los condados vecinos para acceder a la metadona. El primer NTP tribal se abrirá más adelante en 2021. Los NTP también pueden patrocinar y operar unidades de medicamentos geográficamente separadas que ofrecen un conjunto más limitado de servicios: pueden administrar y dispensar medicamentos y recolectar samples para pruebas de drogas. (El NTP patrocinador es responsable de proporcionar el resto de los servicios que no están disponibles en las unidades de medicamentos, incluidos los apoyos de tratamiento y recuperación). Actualmente, solo hay tres unidades de medicamentos con licencia en California.
- Cincuenta y siete de los 58 condados han renunciado a los prescriptores de buprenorfina. La mayoría de los condados tienen menos de 100 prescriptores. De todos los condados con más de 100,000 residentes, San Francisco tiene mucha más capacidad de prescripción por residente que cualquier otro, con 3,554 espacios para pacientes con buprenorfina por cada 100,000 residentes.
- Solo un condado parece carecer de NTP o prescriptores de buprenorfina, lo que significa que las personas que residen en ese condado deben obtener metadona o buprenorfina de los proveedores en los condados de neighboring.
- Para las personas que están involucradas en la justicia, 31 condados ahora

proporcionan algunos medicamentos para OUD en sus cárceles.

¹¹⁶ Health Management Associates ha ayudado a California DHCS a implementar una colaboración de aprendizaje centrada en expandir MAT en entornos de justicia penal del condado.

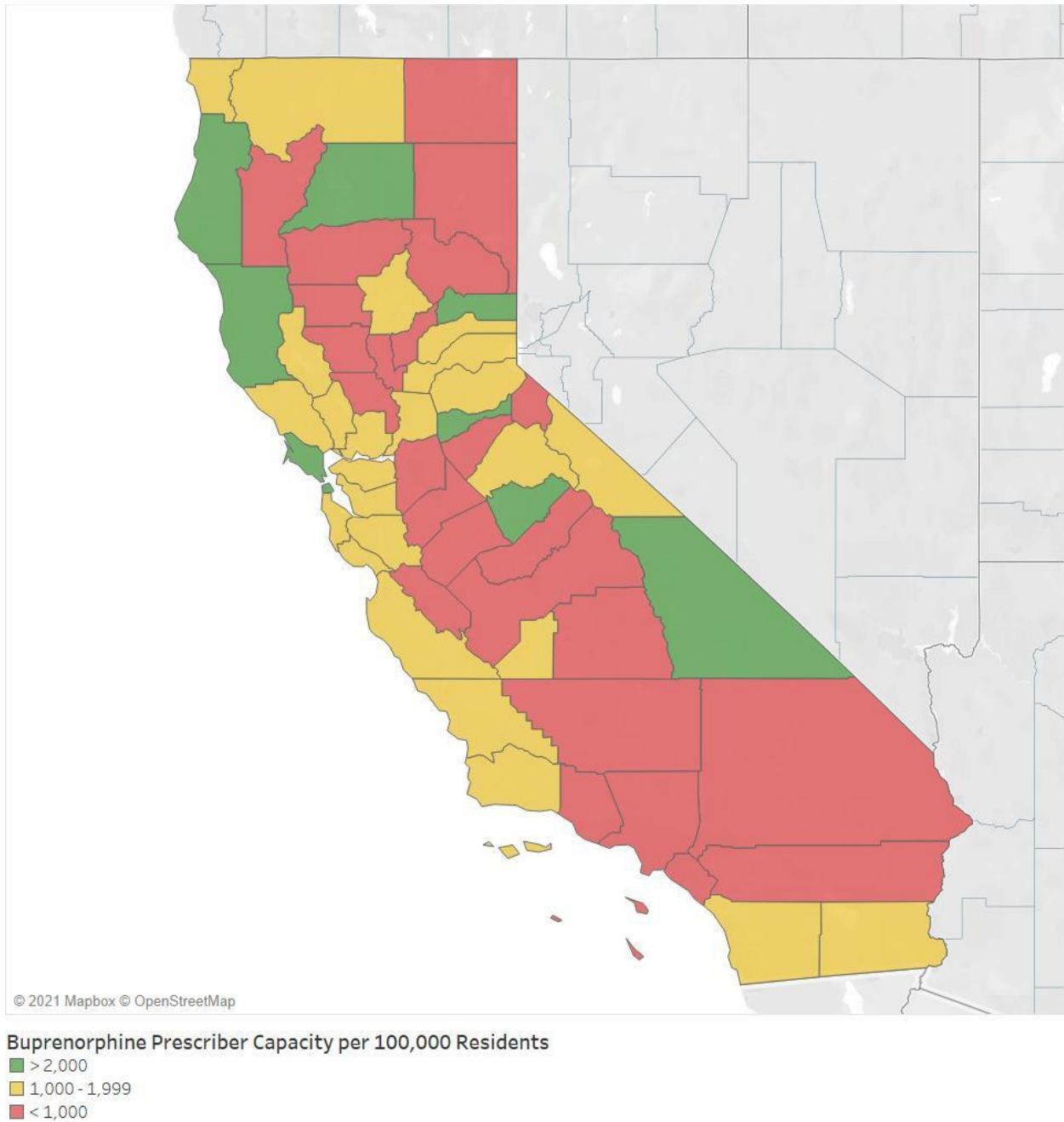
La Tabla 6 en el Apéndice B muestra el número de NTP y la capacidad del proveedor de buprenorfina exenta de la DEA en cada condado. La Figura 5 a continuación muestra los condados que tienen prescriptores de buprenorfina y / o NTP disponibles, la Figura 6 muestra la capacidad del paciente prescriptor de buprenorfina por cada 100,000 residentes por condado, y la Figura 7 muestra los condados que tienen medicamentos para el programa MAT disponibles en sus cárceles administradas por el condado.

Figura 5. Condados con prescriptores de buprenorfina y/o NTP¹¹⁷



¹¹⁷ Datos sobre prescriptores de buprenorfina obtenidos de la DEA de EE. UU. y también disponibles a través del panel de datos de Addiction Free California, disponible en <https://addictionfreeca.org/data-dashboard>. Datos sobre NTP a partir de datos de licencia DHCS. Datos sobre prescriptores de buprenorfina y PNT a los que se accedió en octubre de 2020.

Figura 6. Capacidad total de prescriptores de buprenorfina por cada 100,000 residentes por condado¹¹⁸



¹¹⁸ Datos sobre la capacidad del prescriptor de buprenorfina obtenidos de la DEA de EE. UU. y también disponibles a través del panel de datos de Addiction Free California disponible en <https://addictionfreeca.org/data-dashboard>. Datos consultados en octubre de 2020.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Los participantes del grupo focal señalaron que no hay suficiente disponibilidad de proveedores de MAT para tratar a las personas que viven con OUD que buscan atención y citaron la resistencia de los proveedores a ofrecer MAT como clave barrera.

Incluso entre los proveedores que tienen una exención de buprenorfina, no todos usan su exención y recetan activamente buprenorfina. (Investigaciones anteriores afirman que hasta el 30 por ciento de los proveedores en realidad no recetan buprenorfina a pesar de que tienen una exención). Además, es posible que la mayoría de los proveedores no estén tratando la carga completa de casos de pacientes que son elegibles para tratar.

Además, informaron que California subutiliza la oportunidad de usar NP, enfermeras psiquiátricas y AP para proporcionar servicios de MAT. Sin embargo, con la firma de AB 890 (Wood, Capítulo 265, Estatutos de 2020) en ley en 2020, que permite que los NP exentos ofrezcan MAT independiente de la supervisión médica, California ahora tiene la oportunidad de ampliar la fuerza laboral capaz de ofrecer MAT.



Historias de éxito de ESTERA

Los condados están liderando una amplia gama de esfuerzos innovadores para ampliar el acceso a MAT, muchos de los cuales cuentan con el apoyo del Proyecto de Expansión estera de DHCS. Por ejemplo, el Condado de San Luis Obispo está trabajando para aumentar el acceso rural un ESTERA mediante la expansión de los servicios MAT del Departamento de Salud conductual del condado y la adición de una enfermera practicante itinerante con exención x y personal de salud conductual. San Francisco también está proporcionando acceso de bajo umbral el mismo Día a la buprenorfina en lugares de reducción de daños en toda la Ciudad un

5.6 Tratamiento residencial de salud mental y trastorno por uso de sustancias



Llevar

California ha ampliado el acceso al tratamiento residencial SUD en los últimos años, pero se puede hacer más, particularmente en los condados que aún no han optado por DMC-ODS y para los jóvenes. Sigue siendo difícil colocar a las personas que viven con condiciones complejas o historias en el tratamiento residencial de salud mental, y algunas áreas tienen escasez general.

Un continuo integral de atención ayuda a garantizar que las personas obtengan atención en el entorno menos restrictivo y más integrado posible. También permite que las personas que requieren servicios residenciales que ofrecen apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los reciban cuando sea necesario, incluso como un lugar seguro para preparar a las personas para vivir por su cuenta.

DHCS apoya el derecho de las personas a tener acceso al entorno menos restrictivo y menos intensivo para care. Sin embargo, también reconoce que cuando las personas necesitan servicios las 24 horas en un

entorno de vida estructurado, es importante que estén disponibles. Además, existe una variación significativa en la naturaleza de los servicios residenciales: algunos son más restrictivos, mientras que otros brindan apoyo de forma continua, pero ofrecen más autonomía a los residentes. y promover la integración comunitaria. No existe un enfoque "correcto" para los servicios residenciales, ya que las personas a veces requieren un monitoreo cercano y limitaciones en su movimiento por razones de seguridad, y otras veces las personas necesitan apoyo sin perder la libertad de movimiento. DHCS apoya garantizar que la gama completa de servicios residenciales esté disponible para los residentes de California en todo el estado.

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Tratamiento Residencial SUD

En gran parte debido a la demostración de la exención de Medicaid 1115 que California aseguró en 2015 para establecer DMC-ODS, California tiene datos relativamente amplios sobre la disponibilidad de tratamiento residencial para Medi-Cal inscritos con un SUD.¹²⁰ Según los informes de los proveedores de DMC-ODS de DHCS, la mayoría de los condados (60 por ciento) tienen algún tipo de servicios de tratamiento residencial SUD disponibles. Entre los condados que participan en la demostración de exención de Medicaid 1115 (conocidos como condados DMC-ODS), servicios de tratamiento residencial de baja intensidad administrados clínicamente (ASAM Nivel 3.1) y clínicamente administrados de alta intensidad Los servicios de tratamiento residencial (ASAM Nivel 3.5) están más comúnmente disponibles para adultos. La Tabla 7 en el Apéndice B muestra el número de instalaciones residenciales de tratamiento SUD certificadas en varios niveles de atención en cada condado.¹²¹ La Figura 9 muestra los condados que tienen al menos una instalación que proporciona ASAM Nivel 3.1, 3.3, 3.5 o 3.7 Tratamiento residencial SUD.

¹²⁰ Como parte de la exención, California requirió que todos los condados participantes evaluaran a las personas con SUD utilizando una herramienta basada en la evidencia consistente con los estándares asam para determinar el nivel de atención que reciben. requerir. Paralelamente, también se requirió que los condados determinaran el nivel de atención brindada por cada centro

de tratamiento residencial participante.

¹²² Tenga en cuenta que esta lista solo incluye las instalaciones capturadas en los informes de proveedores de DMC-ODS. Estos informes describen los tipos de servicios prestados por las instalaciones con licencia DMC-ODS. Puede haber otras instalaciones de tratamiento SUD en el estado que estén proporcionando servicios consistentes con ASAM más allá de los capturados en estos informes.

Figura 8. Niveles de atención de ASAM ¹²²

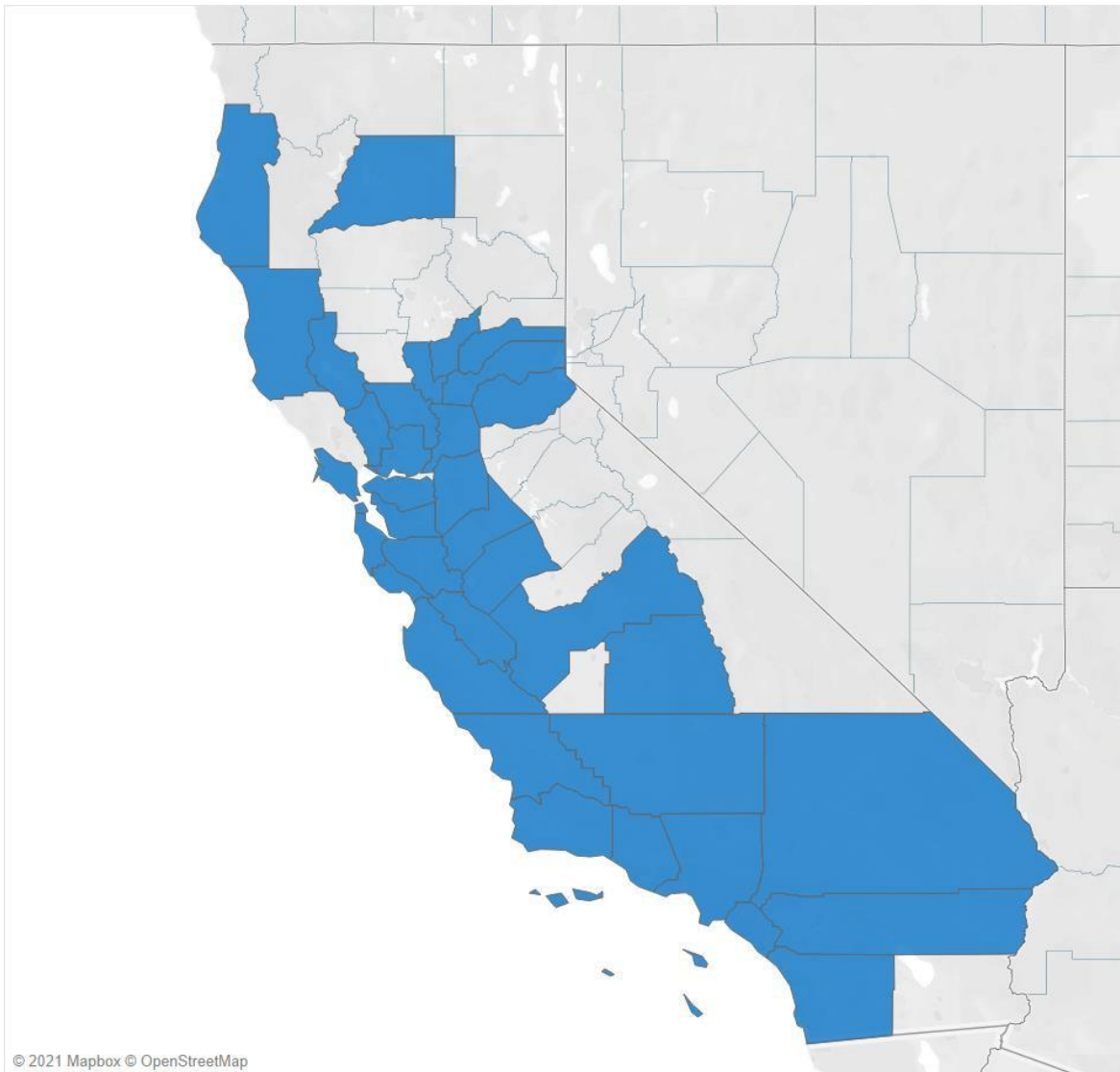


¹²² Guyer, J., et al. Hablar el mismo idioma: un conjunto de herramientas para fortalecer la atención de la adicción centrada en el paciente en los Estados Unidos. Sociedad Americana de Medicina de la Adicción. <https://www.asam.org/asam-criteria/toolkit>. Publicado el 9 de noviembre de 2021.

Sin embargo, todavía hay brechas importantes en los servicios de tratamiento residencial de SUD en la mayoría de los condados del estado, incluidos muchos que participan en el DMC-ODS. Los condados con brechas en los niveles de atención deben contratar a un proveedor en un condado vecino para garantizar que los afiliados a Medi-Cal tengan acceso a los niveles requeridos de atención. Esto crea una carga administrativa para el condado y requiere que los clientes viajen largas distancias para recibir la atención que necesitan. Por ejemplo:

- El setenta por ciento de los condados informan que necesitan urgentemente servicios de tratamiento residencial en todos los ámbitos.
- Setenta y cinco por ciento de los condados citan la falta de camas residenciales SUD disponibles específicamente para pacientes jóvenes (45 encuestados). Esto se discute en la Sección 6.1.
- Veintidós condados no tienen instalaciones residenciales de tratamiento SUD (ver Figura 9 a continuación).
- Las instalaciones que ofrecen servicios residenciales de alta intensidad administrados clínicamente, específicos de la población (ASAM Nivel 3.3) o servicios médicamente monitoreados (ASAM Nivel 3.7) son relativamente raras en California: solo hay 36 Nivel 3.3 instalaciones en operación en nueve condados (la mitad de ellos están ubicados en Los Ángeles). Solo hay una instalación de Nivel 3.7 en operación en California, y está ubicada en el condado de Los Ángeles.

Figura 9. Condados con ASAM Nivel 3.1, 3.3, 3.5 o 3.7 SUD Instalaciones de Tratamiento Residencial ¹²³



Tratamiento de salud mental

Es más difícil encontrar datos claros y distintivos sobre los servicios residenciales de salud mental para adultos que los servicios de tratamiento residencial SUD, en gran parte porque la exención 1115 que establece DMC-ODS lo hizo necesario para que DHCS defina y catalogue claramente los diferentes niveles de servicios de tratamiento residencial SUD cubiertos a lo largo del continuo de atención de ASAM. En comparación, las categorías de servicios de tratamiento residencial de salud mental no están tan claramente definidas. Hay una serie de categorías de licencias ampliamente inclusivas de tratamiento residencial para la salud mental en California, lo que dificulta la evaluación de la naturaleza exacta de los residenciales disponibles. servicios para personas que viven con enfermedades mentales

¹²³ Fuente: Datos de los informes de proveedores de DMC-ODS proporcionados por DHCS en julio de 2021.

condiciones de salud. La licencia del programa de rehabilitación social (SRP) incluye programas de tratamiento residencial de crisis, programas de tratamiento residencial de transición y programas de tratamiento residencial a largo plazo, así como instalaciones residenciales para adultos y centros de atención residencial para ancianos. Esto significa que los datos de licencia por sí solos no se pueden usar para analizar las diferentes categorías. A los efectos de esta evaluación, el tratamiento residencial de salud mental para adultos incluye:

- Entornos residenciales basados en la comunidad que ofrecen atención psiquiátrica y apoyo para que las personas desarrollen habilidades socioemocionales y para la vida en un entorno hogareño. Los entornos de tratamiento residencial de rehabilitación basados en la comunidad brindan servicios de apoyo y rehabilitación para adultos que están en transición de entornos agudos u hospitalarios durante períodos de estadía más largos e incluyen entornos de transición y entornos residenciales a largo plazo, con entornos transitorios que tienen duraciones de estadía más cortas que los entornos residenciales a largo plazo.
- Entornos de atención residencial centrados en la crisis, como unidades de estabilización de crisis que no son servicios a nivel hospitalario, pero que ofrecen un apoyo y apoyo consistentes. (Estos están cubiertos en la Sección 5.7)
- Instalaciones de tratamiento residencial seguras y clínicamente monitoreadas, incluidos centros de rehabilitación de salud mental y centros de enfermería especializada psiquiátrica que brindan rehabilitación psicosocial, enfatizan el desarrollo de habilidades y la vinculación con apoyos comunitarios y servicios intensivos de enfermería cuando sea médicamente apropiado.

Actualmente, los datos de licencias están disponibles sobre "programas de rehabilitación social", una categoría que incluye entornos residenciales de transición y a largo plazo y programas de tratamiento residencial de crisis, así como para adultos instalaciones residenciales y centros de atención residencial para ancianos. Si bien es útil para otros fines, la categoría de licencia de rehabilitación social no indica por sí sola si un entorno proporciona atención residencial basada en la comunidad que se alinea con el modelo de rehabilitación social de la atención, tal como se define en la sección de apoyo comunitario en la sección de rehabilitación psicosocial de la sección 5.3. Con la advertencia de que ofrece una visión limitada de la naturaleza del tratamiento residencial disponible, la Tabla 7 en el Apéndice B muestra que 31 condados tienen configuraciones que son licenciado como "programas de rehabilitación social".

Para complementar los datos de la Tabla 7, la Tabla 8 comparte los datos proporcionados por la Asociación de Agencias de Rehabilitación Social de California (CASRA) sobre los programas residenciales basados en la comunidad de los miembros en todo el estado que reflejan un modelo de rehabilitación. El modelo de rehabilitación social se centra en ayudar a las personas a desarrollar habilidades y acceder a los recursos necesarios para aumentar su capacidad de tener éxito y estar satisfechos en la vida, el trabajo y el aprendizaje. y los entornos

sociales de su elección e incluyen una amplia gama de servicios y apoyos. La rehabilitación social es complementaria a los servicios de apoyo médico. Los datos de CASRA indican que tales programas residenciales se concentran principalmente en diez condados de todo el estado, con la mayor parte de los programas ubicados en San Francisco. Más específicamente, sus datos sugieren que hay al menos:

- 19 programas de tratamiento residencial transitorio que implementan un modelo de rehabilitación social en cinco condados, y

- Cuatro programas de tratamiento residencial a largo plazo con un modelo de rehabilitación social en dos condados.

Los programas de tratamiento residencial basados en la comunidad son una alternativa para las personas que viven con enfermedades mentales que de otro modo serían colocadas en niveles más altos de atención, como hospitales estatales e instalaciones residenciales seguras. y puede permitir que las personas residan en los entornos menos restrictivos y promuevan la integración comunitaria; sin embargo, no están ampliamente disponibles en todo el estado a pesar de que en muchos casos proporcionan servicios que son reembolsables por Medi-Cal.

Una segunda categoría de datos de licencias de California proporciona información sobre el número de "centros de rehabilitación de salud mental" o "MHRC", que proporcionan un tratamiento residencial seguro y clínicamente monitoreado. instalaciones en California. Estos datos indican MHRCs, instalaciones que brindan servicios individualizados de apoyo intensivo y rehabilitación para adultos en transición de la atención hospitalaria para desarrollar las habilidades para ser autosuficientes. y capaces de aumentar los niveles de funcionamiento independiente, se concentran en varios condados de todo el estado. Un poco menos de un tercio de todos los condados tienen MHRC.

Según los datos de licencia de DHCS, hay 28 MHRC operativos en 19 condados, con una capacidad total de 1,882 camas. La mayoría de estas instalaciones son operadas por organizaciones privadas.

Además de los servicios de tratamiento residencial de salud mental específicos para adultos, California también cubre los servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños en varios entornos diferentes que están dirigidos a niños en hogares de crianza. cuidado:

- Los programas de tratamiento residencial a corto plazo (STRTP) proporcionan un programa integrado de cuidados y supervisión especializados e intensivos, servicios y apoyos, servicios especializados de salud mental, tratamiento de salud mental; y atención y supervisión a corto plazo las 24 horas del día para los niños. La mayoría de los condados tienen al menos un STRTP disponible. Según los datos de licencia de DSS, hay 430 STRTP operativos en 40 condados con una capacidad total de 4,206 camas.
- Las instalaciones de tratamiento comunitario (CTF) brindan servicios de tratamiento de salud mental a niños en un entorno subagudo, seguro y hogareño. Los CTF sirven como una alternativa a las estadías en hospitales estatales o la colocación fuera del estado y permiten que los niños que viven con necesidades de salud mental reciban tratamiento en un entorno menos restrictivo. Los CTF son relativamente raros en California. Según los datos de licencia de DSS, solo hay dos CTF en el estado y ambos se encuentran en el condado de Los Ángeles.



Uso de modelos de simulación para optimizar las camas de salud mental: un ejemplo de San Francisco

A principios de 2020, el equipo de Reforma de Salud Mental del Departamento de Salud Pública de San Francisco identificó una solución innovadora en respuesta al desafío de optimización de camas de salud conductual del sistema: el modelado de simulación. El modelado de simulación de camas se ha utilizado internacionalmente como una estrategia libre de riesgos en la atención de la salud para cuantificar la demanda de camas de tratamiento residencial e identificar el impacto de las nuevas asignaciones de camas de tratamiento en flujo de pacientes. El equipo desarrolló un modelo utilizando datos de facturación del FY18-19 para más de 25,000 admisiones a programas residenciales de salud mental y uso de sustancias (estadías de más de 24 horas) y entornos de atención de urgencia (psiquiátricos). Servicios de emergencia en Zuckerberg San Francisco General, Atención de Urgencia Psiquiátrica y el Centro de Aleccionamiento de Alcohol). Los datos incorporaron la demografía de los pacientes ingresados en estos entornos de atención, incluido el género, la edad, la raza y el origen étnico, y el estado de la vivienda. El análisis también consideró las transiciones de los individuos a través del continuo de atención de la salud conductual.

El resultado final proporcionó información precisa sobre cuántas camas se necesitan en cada categoría de camas de salud conductual para mantener un flujo constante de pacientes para clientes adultos en San Francisco con un tiempo de espera mínimo. que se utilizó para informar inversiones adicionales en la capacidad de camas de tratamiento asociadas con el programa de servicios clínicos desalud mental de la empresa, Mental Health SF.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Las respuestas de los participantes de los grupos focales sobre la atención residencial y hospitalaria de salud mental se capturan en la Sección 5.9. En SUD, los encuestados del grupo focal informaron que el programa DMC-ODS "creó un verdadero continuo de atención por primera vez" y amplió significativamente el número de personas que pueden acceder Cuidado SUD. Sin embargo, señalaron que siguen existiendo desafíos críticos para el tratamiento residencial de SUD, que incluyen:

- Algunos participantes de grupos focales destacaron que, desde su perspectiva, se necesitan periodos de estadía más largos para las personas con necesidades particularmente complejas o agudas de estabilización, tratamiento y recuperación. Sin embargo, declararon que los condados no son consistentes en aprobar estadías de más de 30 días, incluso cuando son esenciales.
- Muchos pacientes con SUD también tienen una condición de salud mental concurrente, pero los participantes del grupo focal reflejaron que los proveedores de tratamiento residencial a menudo tienen dificultades para tratar a tales individuos, debido a la falta de experiencia. y experiencia en el manejo de afecciones de salud mental.
- Desde la perspectiva de muchos participantes de grupos focales, hay una

escasez de camas para pacientes hospitalizados intensivos monitoreados médicamente (ASAM Nivel 3.7) en todo el estado. Atribuyen esto a que el servicio es opcional bajo la exención DMC-ODS, así como más recientemente a la realidad de que la pandemia ha requerido que los hospitales dediquen disponibilidad. camas para pacientes con COVID-19 sobre otras afecciones, incluido el SUD.

- Los participantes de los grupos focales y los directores de salud conductual del condado en sus respuestas a la encuesta destacaron consistentemente que existe una necesidad apremiante en las instalaciones de tratamiento residencial de salud mental y SUD para adolescentes, lo que resulta en jóvenes

a veces reciben atención en centros para adultos o son enviados lejos de sus hogares para recibir tratamiento.

- Los participantes del grupo focal anotaron que las personas con necesidades significativas de salud mental y con comportamientos o antecedentes considerados problemáticos pueden ser rechazados por los proveedores de tratamiento residencial.
- El 71 por ciento de los encuestados en la encuesta de directores de salud conductual del condado identificaron el tratamiento subagudo (incluidos los MHRC y los SNF con programas de tratamiento especiales) como un nivel de atención que se necesita con urgencia en el continuo de atención de salud mental para adultos de su condado.
- Tanto para los adultos que viven con SMI como para los niños que viven con SED, existen necesidades significativas de más opciones de tratamiento residencial, como se discute más adelante en la Sección 5.9.



Historias de éxito de tratamiento residencial SUD

Los condados de Humboldt y Modoc se han unido a otros cinco condados en un Modelo Regional DMC-ODS para el Bienestar y la Recuperación de SUD para aumentar el acceso y la capacidad en la región para adultos y jóvenes que viven con SUD. Por ejemplo, los servicios de SUD para jóvenes son escasos en los siete condados, pero cuando se agrega un proveedor a cualquiera de los siete condados, los residentes de todos los condados en la asociación regional tiene acceso al nuevo proveedor. En esencia, la asociación regional permite a los siete condados unir sus recursos cuando se trata de tratar a las personas que viven con SUD, incluso con respecto al tratamiento residencial.

5.7 Servicios de crisis



¿Qué es una crisis de salud conductual?

Una crisis de salud conductual es cualquiera situación en la que el comportamiento de una Persona la pone en riesgo de lastimarse a sí misma o un otros y/o le impide cuidarse un sí misma o funcionar. efectivamente en la comunidad. Estas crisis pueden incluir pensamientos de suicidio; comportamiento violento, agresivo o errático; perder el contacto contra la realidad; cambios de humor rápidos; o una incapacidad para realizar tareas diarias básicas. Pueden deberse a problemas de salud mental uso de sustancias o una combinación de los dos. Muchas personas que viven contra SUD también desarrollan otras enfermedades mentales, al igual que muchas personas que son diagnosticadas contra enfermedades mentales a menudo son diagnosticadas con SUD. Históricamente, el tratamiento de la salud mental y los trastornos por uso de sustancias en California (y gran parte del resto del país) ja sido segregado, pero la posición de DHCS es que el sistema de



Llevar

A pesar de los focos de innovación, California puede hacer más en servicios de crisis para reducir las visitas evitables a la sala de emergencias, las hospitalizaciones y el encarcelamiento. Incluso cuando heno servicios de crisis disponibles, existe ONU gran interés en mejorar las conexiones con la atención continua.

En todo California, como en el resto del país, la familia (o amigos) de alguien en una crisis de salud conductual a menudo no tiene más remedio que llamar al 911 o tratar de persuadir a la persona para ir voluntariamente al servicio de urgencias. Si bien a veces se requiere absolutamente una visita a la sala de emergencias o la presencia de la policía, las personas a menudo confían en estas opciones simplemente porque no hay alternativa. Cuando se llama a la aplicación de la ley, puede conducir a un aumento en los arrestos innecesarios y el encarcelamiento de personas que viven con necesidades agudas de salud conductual. Una vez en la escena, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben intentar mantener la seguridad pública y decidirán si llevan a la persona a la cárcel o a un centro de atención médica, independientemente de las solicitudes de la familia del individuo. Entre las opciones actualmente disponibles para la aplicación de la ley, una cárcel puede ser uno de los entornos menos adecuados para proporcionar atención de salud conductual aguda. A diferencia de las cárceles, los DE están diseñados para ayudar a evaluar y estabilizar a las personas en crisis, pero, si alguien no tiene una emergencia médica concurrente, es un uso ineficiente de los recursos. Además, las personas en crisis de salud conductual pueden terminar "internado" (es decir, permanecer bajo vigilancia sin recibir tratamiento mientras esperan una colocación en otro lugar) en el DE, a veces durante días. En tales situaciones, pueden ser transferidos a un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados, incluso si podrían haber sido tratados en un entorno menos restrictivo si tal la atención estaba fácilmente disponible. Un número creciente de condados está tratando de ampliar la gama de apoyos de atención médica y destinos disponibles para los residentes en crisis.

Como se indica en la Sección 3, un continuo organizado de servicios de crisis es vital para abordar estos problemas y desviar a las personas que no tienen una emergencia médica concurrente, pacientes hospitalizados, hospitales psiquiátricos y encarcelamiento. También debe incluir abordar una crisis de uso de sustancias dentro de este continuo, según lo recomendado por el Kit de herramientas de crisis de SAMHSA. Los elementos de un continuo de respuesta a la crisis que se abordan en esta sección incluyen:

- Equipos móviles de crisis, que viajan a la casa o ubicación de un individuo en la comunidad (por ejemplo, un refugio para personas sin hogar o una ubicación en la calle) para reducir la escalada de una situación y evaluar el tipo de cuidado que un individuo requiere. El equipo móvil de crisis vincula a las personas que requieren tratamiento adicional con servicios de

estabilización de crisis, servicios de respiro de crisis, centros de aleccionamiento, servicios residenciales de crisis y otros tratamientos de salud conductual. Si es necesario, pueden ayudar a llevar a una persona a la sala de emergencias para una evaluación y estabilización más profundas.

- Unidades de estabilización de crisis (CSU), que, en California, brindan servicios de salud conductual (por ejemplo, evaluación, manejo de casos y terapia) de manera "urgente" durante menos de 23 horas. Están diseñados para personas que viven con una condición de salud conductual que requiere una respuesta más oportuna que una visita programada regularmente,

pero que no requieren evaluación y estabilización en un DE.¹²⁴ Las personas que requieren tratamiento y observación adicionales pueden ser referidas a servicios residenciales de crisis.

- Servicios de relevo de crisis, que pueden proporcionar observación y apoyo las 24 horas hasta que una persona se estabilice. Los servicios son proporcionados por trabajadores de crisis o consejeros capacitados, a veces incluyendo especialistas en apoyo entre pares.
- Servicios residenciales de crisis para personas que están experimentando una crisis psiquiátrica aguda podrían beneficiarse de apoyos médicos y de tratamiento a corto plazo (generalmente menos de siete días) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Centros aleccionadores, que proporcionan un lugar seguro para las personas que esperan que los efectos de la intoxicación por alcohol o drogas desaparezcan mientras son monitoreados por afecciones médicas o lesiones subyacentes.

Aunque no se discute en profundidad en esta sección, una parte particularmente importante de los servicios de crisis es el número de teléfono y el centro de llamadas al que las personas llaman cuando surge una crisis. Este será un enfoque para California en los próximos meses mientras se prepara para la implementación de 988, la línea directa nacional de crisis para personas que tienen tendencias suicidas o que están en crisis. que entrará en vigor el 16 de julio de 2022.

Servicios móviles de crisis

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Los datos recopilados de la encuesta de los directores de salud conductual del condado sugieren que hay escasez en la disponibilidad de servicios móviles de crisis en todo el estado. Para poner el suministro existente en contexto, DHCS utilizó la Calculadora de Necesidades de Recursos de Crisis, una herramienta desarrollada para la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMHPD), para estimar asignaciones óptimas de recursos del sistema de crisis para cada uno de los 58 condados de California.¹²⁵ La calculadora se basa en dos insumos: el tamaño de la población y la duración media de la estancia para los ingresos agudos de pacientes hospitalizados, para determinar el nivel de crisis móvil (y otras crisis). servicios, discutidos a continuación) necesarios para una jurisdicción local.¹²⁶ El instrumento es útil para dar una idea de dónde podrían necesitarse más recursos, pero estas estimaciones representan sólo un factor a tener en cuenta. También es fundamental dar cuenta de lo único

¹²⁴ Código CA § 1810.100. Disponible en <https://www.cdss.ca.gov/shd/res/pdf/1810.pdf>.

¹²⁵ La Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis fue desarrollada por Recovery International para la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental y utiliza datos de un análisis entre estados para determinar la proyección utilización de servicios de crisis y otros servicios de salud conductual. Disponible en www.crisisnow.com.

¹²⁶ La información sobre el tamaño de la población por condado fue tomada de la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Los datos sobre la duración promedio de la estadía para las admisiones psiquiátricas agudas de pacientes hospitalizados por condado fueron proporcionados por la Asociación de Hospitales de California a través de correspondencia personal. Los datos proporcionados por californiadmisión hospitalaria describen la duración promedio de la estadía por condado para centros de salud psiquiátrica, hospitales psiquiátricos independientes y unidades psiquiátricas dentro de la atención aguda general. Hospitales. Estos datos se utilizaron para calcular la duración promedio ponderada de la estadía en los tres tipos de instituciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados para cada condado.

identificar definitivamente si un área tiene suficiente capacidad de tratamiento.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

La disponibilidad de servicios móviles de crisis en todo California es muy variable. La encuesta del condado y los grupos focales indican lo siguiente:

- Aproximadamente un tercio de los condados de California (14) informan que no operan ni contratan con ningún equipo móvil de respuesta a crisis (Tabla 9 en el Apéndice B). Sin embargo, la mayoría de los condados con unidades móviles de crisis informan que operan solo uno o dos equipos, lo que hace imposible responder a muchas llamadas simultáneamente y alarga los tiempos de respuesta a varias horas o incluso un día.
- Existen importantes problemas de la fuerza de trabajo relacionados específicamente con la prestación de servicios móviles de crisis: la naturaleza 24/7 de los servicios y la gestión de situaciones de alto riesgo hacen que la contratación y retención de personal proporcionar servicios móviles de crisis difíciles.
- Los procedimientos actuales de reembolso de Medi-Cal no tienen en cuenta adecuadamente el costo total de proporcionar estos servicios, como el transporte y el tiempo de inactividad entre las llamadas de servicio. La financiación solo se ofrece para servicios directos al cliente.
- Los servicios de estabilización después de una crisis inicial generalmente no están disponibles en California.
- Las unidades móviles de crisis generalmente no están diseñadas o equipadas para servir a niños y jóvenes u otras poblaciones específicas (por ejemplo, personas que viven con SUD, personas que viven con salud mental y sustancia concurrentes), trastornos de uso, individuos que viven con discapacidades intelectuales / del desarrollo).



"Los servicios móviles de crisis hijo necesarios, pero son ineficaces a menos que tengan un lugar donde llevar al individuo. Heno una gran escasez de camas de hospitalización aguda y de comida y cuidados".

– Asociación del Programa de

Casi todos los condados (52) reportan interés en expandir o mejorar los servicios móviles de crisis. Además, en octubre de 2021, 46 condados y una entidad tribal solicitaron y fueron seleccionados para subvenciones de planificación o implementación para unidades móviles de crisis por un total de \$ 205 millones. Seis condados sin capacidad móvil existente para crisis están planeando operar o contratar con un equipo móvil de respuesta a crisis.



"Nuestra esperanza es fortalecer y expandir nuestros actuales servicios móviles de crisis y No criminalidad para prevenir y desviar un las personas de la participación en el sistema de justicia penal incluido el apoyo un la crisis móvil conjunta. y servicios de intervención policial".

– Director de Salud Conductual del

Además de los equipos móviles de crisis, muchos condados han desarrollado un enfoque de "co-respuesta" para responder a las crisis de salud conductual (75 por ciento, 45 encuestados). Bajo este enfoque, los agentes de la ley se emparejan con profesionales de la salud conductual cuando responden a las llamadas de servicio. Otros cuatro condados (7 por ciento) están planeando operar un programa de respuesta conjunta de las fuerzas del orden. Cuarenta y cuatro condados (73 por ciento) también informan que brindan capacitación especializada a las fuerzas del orden público sobre crisis de salud conductual y cómo responder, incluida la participación no clínica, el equipo de intervención en crisis y la desescalada. adiestramiento.



Opciones de transporte alternativo para personas en crisis

Los sistemas de atención modernos e informados sobre el trauma están rediseñando la forma en que las personas en una crisis de salud conductual son transportadas a un lugar seguro. Para un individuo que experimenta una crisis de salud conductual, el proceso de compromiso involuntario para una evaluación de salud mental representa una de las posibilidades de mayor riesgo de una experiencia negativa. con la aplicación de la ley. En la mayoría de las jurisdicciones de los Estados Unidos, las agencias de aplicación de la ley son las principales responsables de detener a las personas para su transporte al hospital más cercano para una evaluación de emergencia.¹²⁸ Sin embargo, en el condado de Alameda, cuando los agentes del orden inician una detención psiquiátrica involuntaria (Código de Bienestar e Instituciones (WIC) § 5150) en un adulto, en lugar de transportar el Los propios pacientes para su evaluación llaman a una ambulancia en su lugar.¹²⁹ Durante la pandemia de COVID-19, San Francisco también adoptó un modelo en el que el personal de los servicios médicos de emergencia es el recurso preferido para transportar a las personas en crisis desde el de la comunidad a los hospitales locales para evaluaciones psiquiátricas de emergencia. Cabe destacar que el condado de Contra Costa tenía una práctica similar durante años antes de la pandemia. La recientemente promulgada [Ley de Paramedicina Comunitaria o Triage a Destino Alternativo](#) ofrece una oportunidad para que los condados desarrollen aún más opciones de transporte alternativas que permitirían una persona en crisis para ser transportada de la comunidad a una variedad de centros de salud utilizando los métodos menos restrictivos posibles (es decir, sin el uso de restricciones físicas o esposas).

¹²⁸ Normas estatales para iniciar el tratamiento involuntario. Disponible en

<https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/state-standards/state-standards-for-initiating-involuntary-treatment.pdf>.

¹²⁹ Zeller S, Calma N, Piedra A. Efectos de un servicio regional de emergencia psiquiátrica dedicado al internamiento de pacientes psiquiátricos en los departamentos de emergencia del área. *Oeste J Emerg Med.* 2014 Febrero;15(1):1-6. doi: 10.5811/westjem.2013.6.17848. PMID: 24578760; PMCID: PMC3935777.

Disponibilidad de Unidades de Estabilización Crisis

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Los datos sobre el número de CSU disponibles en California se obtuvieron de los resultados de la encuesta de directores de salud conductual del condado, así como de los datos de licencia de DHCS. Similar al proceso utilizado para medir la disponibilidad de servicios móviles de crisis, la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis se combinó con estos datos sobre el número de CSU por condado para determinar el necesidad de capacidad adicional de camas CSU. Sobre la base de este análisis, existe una necesidad constante de capacidad adicional de camas CSU. En el momento de este estudio:

- De los 33 condados con CSU disponibles, 16 (48 por ciento) tenían suficiente capacidad de CSU.
- Veinticinco condados, escasos y densamente poblados, no reportaron capacidad de camas de CSU.
- Algunas áreas del estado (condados múltiples y grandes condados individuales) no tienen capacidad de CSU, y puede tomar varias horas transportar a las personas a la CSU más cercana. Como resultado, estas personas tienen más probabilidades de ser transportadas a un servicio de urgencias o incluso a la cárcel.
- Treinta y nueve condados (67 por ciento de los encuestados) tienen una capacidad insuficiente de camas de CSU; 17 de ellos tienen alguna capacidad de CSU disponible.

suficiente tratamiento. capacidad.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

De acuerdo con la información de DHCS y las respuestas a la encuesta del condado, 33 condados operan CSU u otros programas de crisis de salud conductual a través de DEED o centros de tratamiento urgente. Los condados de Marin y Los Ángeles tienen más CSU que cualquier otro condado, con 10 y nueve programas, respectivamente. La información de DHCS y la encuesta del condado indicó:

- La mayoría de los condados (33 de 58) operan al menos una CSU.
- La mayoría de los condados con una CSU operan entre una y cinco instalaciones.
- Dos condados están en el proceso de planificación para implementar los servicios de CSU.
- Todas las CSU que operan en los condados de California atienden a adultos, y la mayoría también atiende a niños y jóvenes (85 por ciento, 22 encuestados de 26 condados con una o más CSU).

La encuesta del condado y los participantes del grupo focal identificaron varias preocupaciones adicionales. Por ejemplo, la mayoría de las CSU terminan sirviendo al menos a algunas personas durante más de 23 horas (85 por ciento, 22 encuestados de 26 condados con una o más CSU), a menudo debido a la dificultad de encontrarles una cama psiquiátrica para pacientes hospitalizados o un nivel alternativo de atención residencial inferior que permita el alta segura. Cuando tienen que retener a las personas por más de 72 horas, el personal debe buscar una retención involuntaria (Código de Bienestar e Instituciones (WIC) § 5250) para permitir que los servicios continúen hasta 14 días adicionales.¹³¹ Los directores de salud conductual del condado reflejaron que los hospitales a menudo consideran que las personas que viven con retenciones involuntarias son de alta necesidad y difíciles de atender, lo que hace que sea menos probable que estos pacientes sean aceptados.

Los condados también destacaron la necesidad de mejorar el acceso a la atención hospitalaria para niños / jóvenes y adultos y asegurar niveles subagudos de atención (MHRC) para adultos (68 por ciento, 15 encuestados). Además, los encuestados declararon que las proporciones de personal de la CSU, la limitación de tiempo en el reembolso (20 horas) y las tasas de reembolso plantean desafíos para el desarrollo de la capacidad de la CSU. Finalmente, los participantes del grupo focal indicaron que las licencias existentes y otras regulaciones impiden la colocación de servicios de salud mental y SUD en una CSU, una barrera para servir a las personas que viven con condiciones concurrentes.

¹³¹ Código de California, ARTÍCULO 4. Certificación para Tratamiento Intensivo (2015). Disponible en https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=5250.&lawCode=WIC.



Historias de éxito de Servicios de Crisis

El Programa de Conexión Rápida del Condado de Santa Cruz proporciona alcance y vínculos a todas las personas atendidas en su Programa de Estabilización de Crisis, conectándolos con servicios y apoyos de seguimiento y abordando las barreras al tratamiento antes del alta.

La Colaboración de Servicios de Crisis de Salud conductual es una colaboración público-privada única entre el Condado de Sacramento, el Condado de Placer y Dignity Health que involucra a múltiples socios del plan y de la comunidad para servir a los residentes de ambos condados. La instalación está ubicada en la región norte de Sacramento, que carecía de suficientes programas de servicios de crisis en dos condados con poblaciones en crecimiento. Las entidades comparten las responsabilidades regulatorias y de gobierno relacionadas con la prestación de atención integrada de emergencia médica y CSU sin problemas en un campus del departamento de emergencias de un hospital. Además, la CSU está vinculada a un

Disponibilidad de servicios de relevo de crisis (incluidos los servicios de relevo de crisis entre pares)

Los centros de relevo de crisis y los apartamentos pueden proporcionar observación y apoyo las 24 horas por parte de trabajadores de crisis o voluntarios capacitados hasta que una persona se estabilice. En algunos modelos de respiro de crisis, los especialistas en apoyo entre pares están disponibles y brindan la asistencia necesaria para reducir la escalada de una crisis, proporcionar apoyos a corto plazo y ayudar al individuo a conectarse con servicios comunitarios.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Al igual que en las CSU, la disponibilidad de programas de respiro de crisis varía en todo el estado. Por ejemplo, menos del 17 por ciento (10 encuestados) de los condados de California informan que operan un centro o servicio de relevo entre pares. Los condados expresaron un gran interés y necesidad de más servicios de relevo entre pares. De hecho, varios encuestados indicaron que ya se estaban comunicando con otros condados con servicios de relevo administrados por pares para buscar asesoramiento sobre la planificación e implementación de dichos servicios en su propio país. Jurisdicciones. Incluso los condados que ya ofrecen servicios de relevo entre pares tienden a operar un número limitado de programas (generalmente menos de dos).

Dos condados tienen servicios de relevo entre pares más expansivos. El condado de Sacramento reportó programas de respiro de 10 per con 110 camas de relevo de crisis basadas en pares. Además, el Condado de San Francisco opera un programa de respiro de crisis, Hummingbird Places, que ofrece una combinación de asesoramiento de personal profesional y de pares, servicios de relevo nocturnos a corto plazo para facilitar la estabilización, proporcionar vínculos con los servicios sociales y ofrecer a los clientes la oportunidad de conectarse con opciones de tratamiento y recuperación a largo plazo.

Programas residenciales de crisis a corto plazo

California ha desarrollado Programas de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP, por sus siglas en inglés) para atender a personas mayores de 18 años que están experimentando una crisis psiquiátrica aguda. Los CRTP proporcionan servicios intensivos y de apoyo a corto plazo en un entorno hogareño y ofrecen habilidades de autoayuda, apoyo entre pares, intervenciones individuales y grupales, habilidades sociales y servicios de reintegración comunitaria, apoyo con medicamentos, servicios de trastornos concurrentes, apoyo prevocacional y educativo, y planificación del alta.

Otros estados han desarrollado servicios residenciales efectivos de crisis a corto plazo para personas que viven con afecciones de salud conductual, con estadías de menos de siete días. Estos programas proporcionan alivio de crisis, resolución y recursos intensivos de apoyo para adultos que necesitan apoyo temporal las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios se brindan en un entorno organizado, basado en camas y no médico, brindado por personal debidamente capacitado que brinda intervención y apoyo seguros para aliviar / resolver crisis las 24 horas. Estos servicios incluyen la administración de medicamentos (incluido el uso de MAT previamente iniciado), la observación y la coordinación de la atención en un entorno supervisado donde se atiende al cliente a pesar de que estas no son instalaciones de tratamiento de uso primario de sustancias.



"Nuestro condado se beneficiaría de un aumento en las camas y ubicaciones residenciales de crisis para adultos y niños. Aumentar las ubicaciones aumentaría el acceso para la reintegración de los clientes en su comunidad... Un aumento en las ubicaciones y camas del Proyecto de Respuesta a Crisis beneficiaría a nuestro sistema de atención aumentando el flujo entre hospitales/CSU y el tratamiento ambulatorio".

– *Director de Salud Conductual del*

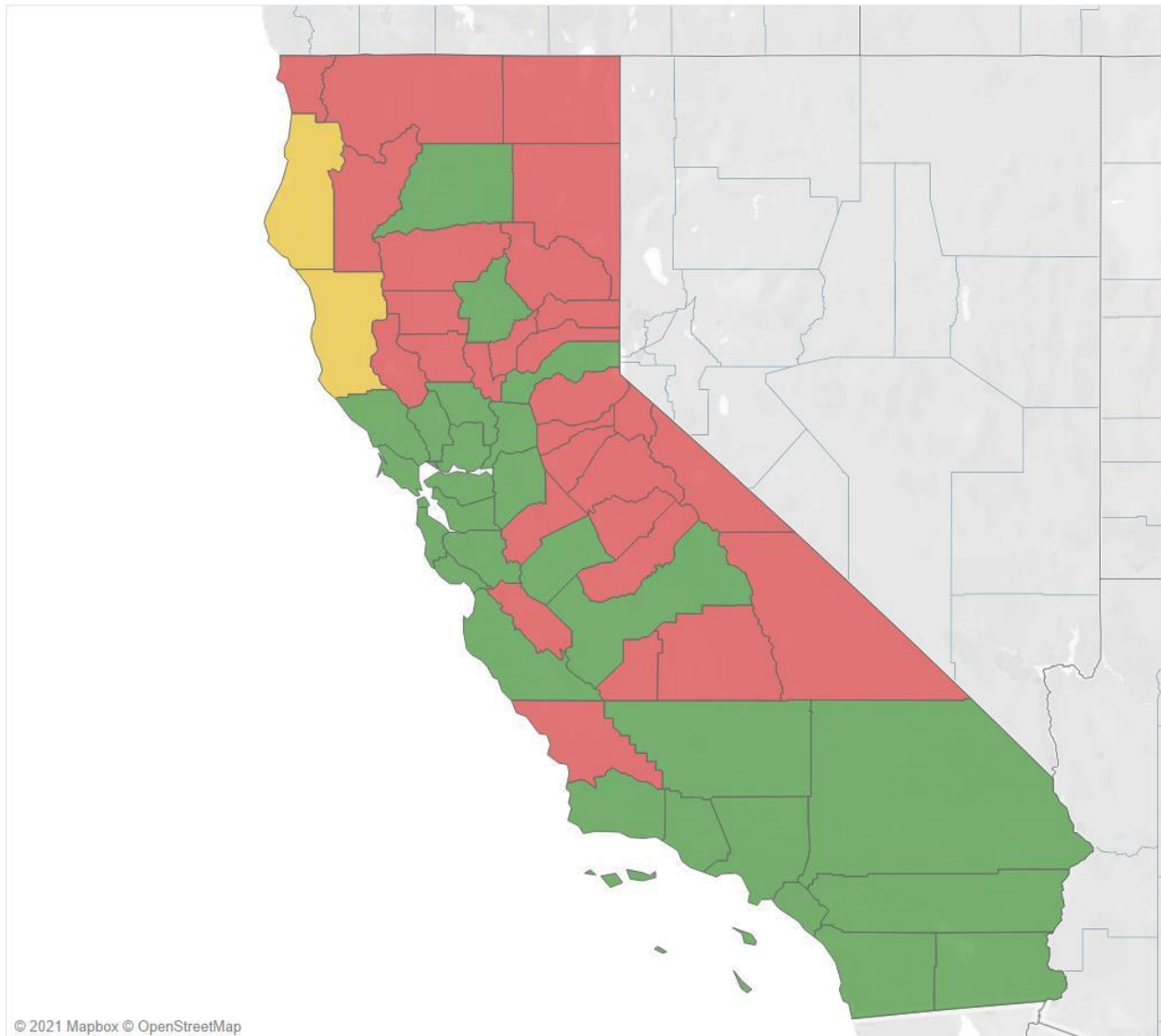
¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

La disponibilidad de CRTPs varía en todo el estado. Por ejemplo, solo la mitad de los condados de California (47 por ciento, 28 encuestados) informan que operan o planean operar (dos encuestados) un centro de tratamiento residencial de crisis. Los condados que actualmente operan CRTP informan que operan o contratan entre una y siete instalaciones de tratamiento residencial de crisis para adultos, lo que para la gran mayoría de los encuestados no cumple con la necesidad. De hecho, más de dos tercios de los encuestados (68 por ciento, 19 encuestados) con alguna capacidad de tratamiento residencial de crisis informan que necesitan capacidad adicional. Los desafíos en el tratamiento residencial de crisis para niños y jóvenes son particularmente grandes.

Solo cinco de los 58 condados informan que operan un CRTP para jóvenes, y ningún condado ofrece más de un CRTP orientado a los jóvenes.

Figura 12. Disponibilidad actual de programas de tratamiento residencial de crisis¹³²

Los condados sombreados en verde tienen programas de tratamiento residencial de crisis. Los condados sombreados en amarillo no tienen programas operativos de tratamiento residencial de crisis, pero actualmente se encuentran en fases de planificación. Los condados sombreados en rojo no tienen programas operativos de tratamiento residencial de crisis.



Counties with Operational Crisis Residential Treatment Programs

- Yes
- Not yet, in planning
- No

¹³² Fuente: Basado en la encuesta de 2021 de los Directores de Salud conductual del condado.

Centros de aleccionamiento

Los centros de aleccionamiento se pueden usar para desviar a las personas de los servicios de urgencias cuando requieren observación y apoyo mínimo mientras se recuperan de los efectos intoxicantes agudos del alcohol y / u otras drogas de abuso. A los visitantes se les pueden ofrecer medicamentos, cuidado de heridas y monitoreo bajo supervisión médica o simplemente se les puede invitar a descansar hasta que estén menos intoxicados. Después de un período de tiempo, a los clientes se les pueden ofrecer servicios de apoyo, incluidas referencias y vínculos con el tratamiento continuo.

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

El año pasado, la California Health Care Foundation realizó un escaneo ambiental de los centros de aleccionamiento de California.¹³³ El informe reveló que 10 centros de aleccionamiento estaban en funcionamiento a noviembre de 2020, e identificó otros seis a ocho programas que se estaban considerando o implementando. Datos más recientes sobre los centros de aleccionamiento de California indican:

- La capacidad total en todo el estado es de 168 personas en un momento dado.
- Estos centros aleccionadores tienen una capacidad que oscila entre 10 y 20 camas, con la excepción del condado de Los Ángeles, que atiende hasta 50 clientes en un momento dado.
- Trece encuestados (22 por ciento de los condados) informaron que operaban un centro aleccionador.
- Otros seis condados (10 por ciento) planean crear un centro aleccionador.

El número de centros de aleccionamiento también puede aumentar como resultado de que DHCS aliente a los MCP de Medi-Cal a ofrecer acceso a centros de aleccionamiento como apoyo comunitario o ILOS. Esencialmente, estos son los beneficios de Medi-Cal que se ofrecen a opción de un MCP. A partir de octubre de 2021, los MCP en 37 condados han indicado que tienen la intención de ofrecer centros aleccionadores como uno de sus apoyos comunitarios. Inicialmente, es posible que el MCP no pueda garantizar el acceso a un centro aleccionador para todos los inscritos elegibles en un condado en particular debido a las redes limitadas de proveedores, pero según las disposiciones del contrato, se espera que amplíen las redes de proveedores para que sean en todo el condado con el tiempo.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Los participantes del grupo focal también indicaron la necesidad de centros más aleccionadores y recomendaron que los servicios ofrecidos en estos centros sean reembolsables a través del programa DMC-ODS. Varios advirtieron contra la concesión de licencias a estas instalaciones en el futuro, citando preocupaciones sobre el potencial de aumentar las regulaciones que limitarían la flexibilidad para proporcionar apoyos de compromiso de bajo umbral. Se hizo referencia a varios modelos en la encuesta y en los grupos focales. Por ejemplo, las estaciones de recuperación (aleccionadoras) en Bakersfield y Delano alientan a los visitantes a conectarse a los servicios de salud mental y SUD durante su estadía y brindan

referencias a la atención. basado en evaluaciones in situ.

¹³³ Sobering Centers Explained: An Environmental Scan in California, California Health Care Foundation, septiembre de 2021. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/07/SoberingCentersExplainedEnvironmentalScanCA.pdf>.

5.8 Servicios de gestión de retiros



Llevar

La cobertura de la administración de retiros varía significativamente entre los sistemas de entrega de Medi-Cal (DMC, DMC-ODS, MCP, pago por servicio (FFS)) y se inclina hacia entornos residenciales en lugar de entornos ambulatorios o

El manejo de la abstinencia (WM) se refiere a la atención médica y de salud conductual de los pacientes que experimentan síntomas de abstinencia como resultado de cesar o reducir el uso de su droga de dependencia.¹³⁴ WM se puede proporcionar en diversos entornos: ambulatorio (Niveles 1-WM y 2-WM), residencial SUD (ASAM Nivel 3.2-WM) y hospitales para pacientes hospitalizados (unidades distintas e instalaciones independientes en el Nivel ASAM 4.0-WM). Algunas personas que viven con SUD grave no pueden someterse de manera segura al proceso de abstinencia en un entorno ambulatorio. Estas personas requieren un nivel de atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados para manejar de manera segura el proceso de abstinencia, generalmente debido a afecciones médicas complejas concurrentes o la intensidad y duración de su consumo de sustancias.

Disponibilidad de los servicios wm

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

La cobertura y el acceso a los servicios de WM en el programa Medi-Cal varía según el condado. Los informes de los proveedores de DMC-ODS y los datos de certificación del Programa de Alcohol y Drogas de DHCS revelaron que los programas residenciales de WM están más comúnmente disponibles que los servicios ambulatorios de WM. La Tabla 10 en el Apéndice B muestra el número de instalaciones que brindan servicios ambulatorios y residenciales SUD WM en cada condado en 2021.¹³⁵ La Figura 13 a continuación muestra los condados con instalaciones de tratamiento que brindan servicios ambulatorios o residenciales de WM. Los hallazgos específicos incluyen:

- La mayoría de los condados de California tienen al menos una instalación que proporciona servicios asam de nivel 3.2-WM, con un total de 108 instalaciones repartidas en 31 condados.
- Solo 15 condados tienen instalaciones que proporcionan WM ambulatorio, y más de la mitad de esas instalaciones están ubicadas en el condado de Los Ángeles.
- Los servicios de WM para pacientes hospitalizados monitoreados médicamente (ASAM Nivel 3.7) y administrados médicamente para pacientes hospitalizados (ASAM Nivel 4.0-WM), denominados colectivamente como WM para pacientes hospitalizados, son proporcionados por solo tres instalaciones en el estado; todos están ubicados en el condado de Los Ángeles.

¹³⁴ Guías clínicas para el manejo de la abstinencia y el tratamiento de la drogodependencia en entornos cerrados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Año 2009.

^{5e} identificaron 135 instalaciones que proporcionan WM ambulatorio utilizando datos de certificación del Programa de Alcohol y Drogas de DHCS y las instalaciones que proporcionan WM residencial se identificaron utilizando informes de proveedores de DMC-ODS.

¹³⁶ Fuente: Datos de certificación del Programa de Alcohol y Drogas de DHCS a los que se accedió en junio de 2021 e informes de proveedores de DMC-ODS proporcionados por DHCS en julio de 2021.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Con respecto a los servicios de WM para pacientes hospitalizados, la información de la encuesta y los grupos focales indica:

- Casi dos tercios de los encuestados indicaron que se necesita capacidad adicional para WM en los hospitales de cuidados intensivos.
- El enfoque actual de WM para pacientes hospitalizados (programa y financiamiento) en California no es bien entendido por los hospitales, proveedores de tratamiento y MCP de Medi-Cal.
- Los participantes del plan de salud compartieron que es difícil para los planes trabajar con el sistema FFS para asegurar la aprobación de WM en hospitales de cuidados intensivos en nombre de sus miembros.

Los proveedores de SUD también informan que los hospitales no siempre admiten a personas que podrían beneficiarse de la WM para pacientes hospitalizados debido a las preocupaciones sobre el pago de estas admisiones y la falta de conocimiento de que el beneficio, llamado La desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados, que es equivalente a la WM para pacientes hospitalizados, está disponible en Medi-Cal de pago por servicio. Los criterios de admisión actuales para los servicios de WM para pacientes hospitalizados requieren que los pacientes tengan síntomas agudos de abstinencia before recibir servicios. Esto puede presentar un desafío para las personas que buscan acceso a los servicios. Durante la abstinencia, los síntomas pueden volverse tan intolerables que lleva a una persona a la conclusión de usar drogas nuevamente para que la sensación de incomodidad se detenga.

Las partes interesadas indicaron que estos criterios restrictivos establecen un listón alto y pueden conducir a un sufrimiento innecesario y un riesgo médico para las personas que necesitan WM para pacientes hospitalizados.

5.9 Servicios para pacientes hospitalizados



Llevar

La disponibilidad de camas de hospitalización varía según el condado, contra una capacidad insuficiente para niños y jóvenes y personas que viven contra condiciones físicas complejas. Existe una presión significativa sobre las camas de hospitalización, lo que refleja la importancia de contar con servicios de crisis más sólidos. onciones de vivienda v

La atención hospitalaria es el nivel más intensivo de tratamiento para las personas que experimentan trastornos de salud mental y uso de sustancias. Ofrece atención las 24 horas en un programa altamente estructurado y supervisado en una instalación atendida por profesionales de la salud conductual. Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y SUD se pueden proporcionar en una unidad distinta en un hospital general o en un centro independiente que tiene el único propósito de proporcionar atención hospitalaria.

Las instalaciones independientes que solo brindan servicios de tratamiento de salud conductual para pacientes hospitalizados pueden estar autorizadas como hospitales psiquiátricos agudos o instalaciones de salud psiquiátrica. El objetivo del tratamiento hospitalario es proporcionar un entorno para la estabilización médica, el apoyo, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y de uso de sustancias, y la supervisión médica.

Disponibilidad de servicios para pacientes hospitalizados

¿Qué datos están disponibles y qué dicen los datos?

Según los datos de licencia y certificación de DHCS, la mayoría de los condados de California tienen instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados que aceptan inscritos en Medi-Cal. Los condados de California sin instalaciones para pacientes hospitalizados contratan instalaciones fuera del condado para proporcionar a sus residentes estos servicios según sea necesario. La información proporcionada a través de la encuesta del condado y los datos de otras fuentes proporcionan una idea general de la existencia y la necesidad de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. En el cuadro E-3 del apéndice se documenta el número de centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados y la capacidad de camas por condado. Por ejemplo:

- Hay 24 condados que no tienen instalaciones para pacientes hospitalizados (ver Figura 14).
- Hay 86 unidades psiquiátricas dentro de los hospitales de cuidados intensivos generales, 31 hospitales de cuidados intensivos psiquiátricos independientes y 29 centros de salud psiquiátrica en los 34 condados del estado.
- Los hospitales psiquiátricos de cuidados intensivos tienden a ser mucho más grandes que los centros de salud psiquiátrica. Los hospitales psiquiátricos de cuidados intensivos tienen un promedio de casi 75 camas por

instalación en comparación con aproximadamente 18 camas por instalación en instalaciones de salud psiquiátrica

- Pocas instalaciones para pacientes hospitalizados aceptan personas que tienen necesidades complejas de salud física y salud mental, por ejemplo, lesión cerebral traumática, deterioro cognitivo o demencia, según las respuestas de la encuesta.

Similar al proceso utilizado para medir la disponibilidad de servicios móviles de crisis, se utilizó la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis para determinar la necesidad de una capacidad adicional de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados. Este análisis indicó que, en general, California tiene unacapacidad insuficiente de camas psiquiátricas parapacientes hospitalizados. La necesidad de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados es significativa en algunos condados. Veinticuatro condados no tienen camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados. De los 34 condados que tienen capacidad de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados, el 41 por ciento necesita capacidad adicional de acuerdo con la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis. La necesidad proyectada de capacidad adicional oscila entre un tercio y más del doble de la capacidad actual de hospitalización. La necesidad más aguda es en condados con grandes poblaciones (por ejemplo, Fresno) y condados con tamaños de población más moderados (por ejemplo, Kern y Santa Bárbara). La Figura 14 muestra el número de camas de tratamiento para pacientes hospitalizados agudos en cada condado y también muestra los condados que necesitan y no necesitan tratamiento adicional para pacientes hospitalizados. capacidad de acuerdo con la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis. Esta calculadora es un punto de partida para comprender la idoneidad y disponibilidad de la capacidad de camas psiquiátricas, ya que las instalaciones para pacientes hospitalizados pueden negarse a admitir a las personas que viven con necesidades de salud mental particularmente significativas, así como aquellas que se considera que tienen comportamientos o antecedentes problemáticos.



"Heno una escasez de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados para los jóvenes, y un menudo se sientan en salas de urgencias por más tiempo pecado ningún tratamiento de tratamiento salud conductual mientras esperan la colocación. La pandemia de COVID-19 está empezando un causa una escasez de mano de obra suficiente, sus efectos a largo plazo aún se desconocen. El personal se enfrenta al agotamiento y abandona la fuerza laboral. También es difícil contratar personal para trabajar fuera del horario comercial tradicional cuando los jóvenes SMHS hijo más necesarios desde después de la escuela hasta la hora de acostarse. Es un desafío atraer y retener un los psiquiatras que se especializan at trabajar contra niños. Infantil Sistema de Cuidado (CSOC) necesita ofrecer beneficios No tradicionales un nuestros psiquiatras infantiles para retenerlos. Tenemos una capacidad limitada para proporcionar tratamiento especializado (como para la explotación sexual comercial de niños, trastornos alimentarios, etc.) debido un la falta de fondos para proporcionar se necesita capacitación especializada única y continua del personal. CSOC no puede expandir los servicios a todas las escuelas dentro de nuestro condado debido a la incapacidad de contratar una fuerza laboral adicional suficiente. Nuestros salarios ningún hijo bronceado competitivos Como algunos condados circundantes. Se requieren servicios en todas las escuelas debido a una una alcalde

Aunque muchos condados individuales tienen un número adecuado de camas de hospitalización aguda disponibles de acuerdo con la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis, todavía hay algunas brechas a nivel regional. Por ejemplo, los condados en la región de los Condados del Norte tienen un total de 116 camas de hospitalización aguda disponibles, pero aún necesitarían 20 camas adicionales en estos condados para satisfacer la demanda regional, según la calculadora.¹³⁷ Del mismo modo, la región del condado de Santa Cruz, San Benito, Monterey tiene un total de 46 camas disponibles, pero necesitaría 12 camas adicionales para servir adecuadamente a la región población. Véase el cuadro 11 del apéndice B para el desglose de las camas disponibles por región.

¿Qué dijeron la encuesta y los grupos focales?

Casi todos los condados informaron la necesidad de camas de tratamiento adicionales para pacientes hospitalizados para adultos y niños / jóvenes. Según los encuestados:

- Más de la mitad de los condados (38) informaron que necesitaban servicios hospitalarios adicionales para pacientes hospitalizados agudos (por ejemplo, hospitales psiquiátricos de cuidados intensivos o unidades psiquiátricas de cuidados agudos) para adultos.
- El setenta por ciento (42 encuestados) identificó una necesidad urgente de este servicio para niños y jóvenes. Estos resultados son generalmente consistentes con los resultados de la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis con respecto a los condados que necesitan capacidad adicional de tratamiento para pacientes hospitalizados. Por ejemplo, 46 condados identificaron la necesidad de camas de tratamiento adicionales para adultos o jóvenes en la encuesta del condado. De estos 46 condados, la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis proyectó la necesidad de capacidad adicional de tratamiento para pacientes hospitalizados en 32 (70 por ciento) de ellos.¹³⁸

Los encuestados identificaron impactos adicionales derivados de la falta de unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados disponibles. Por ejemplo, a menudo hay competencia entre los condados por los servicios contratados y los proveedores de pacientes hospitalizados, con algunos condados remotos o escasamente poblados que no pueden negociar regularmente los contratos necesarios. servicios. La escasez de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados para jóvenes a menudo resulta en que los niños sean abordados en desembarquen en desembarquen, sentados en desembarquen durante períodos excesivos de tiempo mientras esperan el lugar. La información de la Asociación de Hospitales de California identificó varias instalaciones que tenían tiempos de embarque de de urgencias superiores a una semana.

Además, los participantes del grupo focal señalaron la necesidad de tratamiento psiquiátrico adicional para pacientes hospitalizados, especialmente para niños y jóvenes. Menos instalaciones psiquiátricas en todo el estado tratan a niños y jóvenes en comparación con el número de instalaciones que tratan a adultos.

137 Regiones definidas de acuerdo con las regiones de Covered California están disponibles aquí: https://www.coveredca.com/pdfs/2021_QHP_QDP_%20Region_Map_11022020.pdf.

¹³⁸ La Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis fue desarrollada por Recovery International para la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental y utiliza datos de un análisis entre estados para determinar utilización proyectada de servicios de crisis y otros servicios de salud conductual. Disponible en www.crisisnow.com.

Los participantes del grupo focal se hicieron eco de los hallazgos de la encuesta, incluidas las preocupaciones sobre el abordaje en urgencias y la larga duración de la estadía para personas con necesidades complejas (por ejemplo, diabetes mal controlada, heridas, cambios de apósito o problemas dentales). La insuficiente capacidad de hospitalización a menudo resulta en que las personas sean dadas de alta a la comunidad demasiado rápido y luego readmitidas en la atención hospitalaria, se presenten en una sala de emergencias o sean encarceladas. Los participantes en el grupo focal indicaron que la falta de servicios previos (por ejemplo, servicios de crisis y servicios intensivos basados en la comunidad) intensifica la necesidad de atención hospitalaria. Por último, puede ser difícil encontrar colocaciones y proveedores dispuestos a aceptar personas con necesidades complejas, incluidas aquellas con SUD o demencia concurrentes o aquellas con antecedentes penales.

Un desafío adicional es que cualquier instalación con más de 16 camas se considera un IMD, que CMS excluye del reembolso de Medicaid. Por lo tanto, las hospitalizaciones en estas instalaciones generalmente cuestan a los condados el doble, ya que no hay una coincidencia federal.

adicionales y no puede identificar definitivamente si un área tiene suficiente capacidad de tratamiento.

VI. Poblaciones de interés

Esta sección discute las necesidades de salud conductual y los servicios correspondientes para niños y jóvenes, personas que están involucradas en la justicia e AI / AN. Estas poblaciones aumentaron a gran importancia a través de una revisión de datos, análisis de encuestas y aportes de grupos focales. Además, DHCS está priorizando a estas poblaciones como parte de nuestro compromiso con la equidad en salud, ya que las disparidades y los malos resultados de salud para las personas de color son particularmente prominentes. para niños y jóvenes (especialmente para niños en hogares de guarda), para individuos en el sistema de justicia y para AI/AN.

Paralelamente, DHCS continúa trabajando hacia un sistema robusto de atención para todos los afiliados a Medi-Cal, con varias iniciativas en marcha para expandir el continuo de atención para todos (ver páginas 18 a 21).

6.1 Niños y Jóvenes

La salud mental y el bienestar de los niños y jóvenes de California son una preocupación creciente. Incluso antes de la pandemia, hubo un aumento a largo plazo en los suicidios de jóvenes y las hospitalizaciones por autolesiones.¹⁴⁰ El suicidio es el resultado más devastador de las crecientes preocupaciones de salud conductual, y muchos de los niños y jóvenes de California experimentan afecciones de salud conductual que los ponen en un riesgo elevado.¹⁴¹



"Si conoces el sistema de adultos, eso no significa que conozcas el sistema juvenil".

– Grupo Focal de la Asociación de Profesionales

La pandemia de COVID-19 ha agregado más tensión al bienestar mental de los niños y jóvenes debido a la falta de escuela, la pérdida de contacto con sus compañeros y las conexiones comunitarias desgastadas. Muchos niños, especialmente los de familias de bajos ingresos, se enfrentaban a una mayor incertidumbre económica y, en algunos casos, a la enfermedad o incluso a la muerte de padres y abuelos. A nivel nacional, uno de cada cuatro estudiantes de secundaria informó tener una peor salud emocional y cognitiva en 2020; uno de cada dos padres de niños de 5 a 12 años dijo que la salud emocional de sus hijos se redujo.¹⁴² Durante 2020, la proporción de visitas a las salas de emergencias relacionadas con la salud mental entre los adolescentes (12-17 años) aumentó 31

¹⁴⁰ Tasa de suicidio juvenil de California 2011-2019, KidsData. Último acceso: 26 de octubre de 2021. Disponible en <https://www.kidsdata.org/topic/213/suicide-rate/table#fmt=2772&loc=2&tf=134,125,122,120,93,86,81&sortColumnId=0&sortType=asc>.

¹⁴¹ California Health Care Almanac, Mental Health in California: For Too Many, Care Not There, California Health Care Foundation, marzo de 2018. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/03/MentalHealthCalifornia2018.pdf>.

¹⁴² Rabah Kamal, et al., Mental Health and Substance Use Considerations Among Children During the COVID-19 Pandemic. Kaiser Family Foundation, 2021. Disponible en <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/mental-health-and-substance-use-consideraciones-entre-niños-durante-la-pandemia-covid-19/> .

El porcentaje y las visitas sospechosas de intento de suicidio a la sala de emergencias para las niñas aumentaron un 51 por ciento en comparación con 2019.
143

Además, las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés), como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de vivienda y el estrés tóxico, pueden colocar a los niños y jóvenes en un camino de vida que tiene tasas más altas de enfermedades mentales, adicción, y otras afecciones médicas crónicas. Los ACE son mucho más altos para los niños de bajos ingresos debido a las dificultades asociadas con los recursos escasos, pero pueden afectara cualquier niño en cualquier lugar. En California, las tasas de niños y jóvenes menores de 18 años que experimentan dos o más ACE varían de un mínimo de 11.5 por ciento en el condado de Marin (un condado urbano rico) a un 23.5 por ciento en Condado de Shasta (un condado rural menos rico).¹⁴⁴

Los niños y jóvenes de California en riesgo o que viven con condiciones de salud conductual no son un grupo homogéneo. Algunos tienen problemas o riesgos modestos y pueden beneficiarse de los servicios ambulatorios preventivos y tradicionales proporcionados por agencias, escuelas y profesionales individuales. Otros niños y jóvenes tienen necesidades de salud conductual más complejas. Los niños y jóvenes que viven con SED, los adolescentes que viven con SUD, así como los niños y jóvenes involucrados en el bienestar infantil, los sistemas de discapacidad intelectual / del desarrollo y la justicia juvenil requieren diferentes servicios y enfoques no solo para abordar sus condiciones de salud conductual, sino también para coordinar los servicios en múltiples sistemas de atención a los niños.

En Medi-Cal, los niños y jóvenes ahora pueden recibir tratamiento para servicios de salud conductual antes de un diagnóstico formal y acceder a los servicios a través de cualquiera de los sistemas de administración de Medi-Cal, incluido el sistema FFS, MCP y planes de salud conductual dirigidos por el condado y la entidad tribal, independientemente de su nivel de atención o necesidades de atención. Los afiliados a Medi-Cal menores de 21 años tienen derecho a todos los servicios médicamente necesarios, incluidos los servicios de salud mental y SUD, bajo el Examen, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) beneficio.

Sobre la base de los aportes significativos de las partes interesadas, DHCS está implementando activamente varias mejoras en las políticas y programas para aclarar las responsabilidades de cada sistema de entrega, reforzar su enfoque de puerta no equivocada para la indiv. iduals acceder a la atención y garantizar el acceso sin problemas a los servicios médicamente necesarios para los niños y jóvenes que viven con o en riesgo de condiciones de salud conductual. Como parte de este esfuerzo, DHCS está trabajando con las partes interesadas para desarrollar herramientas estandarizadas de detección y transición que sean específicas para personas menores de 21 años para su uso por parte del condado. planes de salud conductual y MCP

¹⁴³ Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, et al. Visitas al Departamento de Emergencias por

presuntos intentos de suicidio entre personas de 12 a 25 años antes y durante la pandemia de COVID-19 — Estados Unidos, Enero 2019–Mayo 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:888–894. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>.

¹⁴⁴ niños con experiencias adversas (padres informados) por número 2016-2019, KidsData. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.kidsdata.org/topic/1927/aces-nsch-county/table#fmt=2449&loc=2,127,1657,331,1761,171,2168,345,357,324,369,362,360,2076,364,356,217,354,1663,339,2169,365,343,367,344,366,368,265,349,361,4,273,59,370,326,341,338,350,2145,359,363,340&tf=139&ch=1256,1454,1456>.

en todo el estado. Estas herramientas se utilizarán para apoyar a los niños y jóvenes que viven con necesidades de salud conductual que en última instancia se refieren y hacen una transición sin problemas al sistema de administración de Medi-Cal más apropiado. en función de sus necesidades, independientemente de dónde y cuándo iniciaron el tratamiento de salud conductual.

Dada la mayor preocupación de los niños y jóvenes de California, esta sección revisa los problemas y oportunidades asociados con los siguientes servicios para esta población de enfoque:

- Tradicional comportamiento ambulatorio Servicios de salud Ofrecido a través de Instalaciones (por ejemplo, Comunidad Salud mental Centros ambulatorios clínicas) y individuo con licencia Practicantes.
- Servicios de salud conductual vinculados a la escuela, y tratamiento incluidos los servicios preventivos.
- Psiquiatras infantiles y adolescentes.
- Tratamiento para SUD para adolescentes y adultos jóvenes.
- Servicios para la psicosis del primer episodio (FEP) y la anorexia nerviosa, dos de las afecciones de salud conductual menos comunes pero también más difíciles de tratar que afectan a los jóvenes.

Iniciativas emergentes y existentes para mejorar la salud conductual de California

En los últimos años, la legislatura de California y la Administración Newsom han adoptado una serie de iniciativas de alto perfil para apoyar la salud mental y el bienestar de los niños.

La Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes, que tiene como objetivo transformar el sistema de salud conductual de California en un ecosistema innovador en el que todos los niños y jóvenes de 25 años de edad la edad y los más jóvenes, independientemente del pagador, son examinados, apoyados y atendidos para las necesidades de salud conductual emergentes y existentes.

Los componentes clave incluyen:

- Creación de una plataforma virtual de servicios de salud conductual para jóvenes.
- Nuevos fondos para servicios de salud conductual en escuelas y en entornos vinculados a la escuela.
- Desarrollo y expansión de programas de salud conductual basados en la evidencia.
- Establecimiento de un Programa de Infraestructura Continua de Salud conductual (BHCIP), con subvenciones que financian nuevas instalaciones y la expansión de las instalaciones existentes.
- Lanzamiento de un programa de educación pública y cambio social sobre la infancia y la juventud salud conductual.
- Inversiones en la fuerza laboral de salud conductual, incluido un plan multianual para un sistema de entrenadores y consejeros de salud conductual escolar en todo el estado.

- Educación y capacitación ampliadas para proveedores de atención pediátrica y primaria.
- Empoderar a los jóvenes e incorporar la voz de los jóvenes a través de una variedad de estrategias, incluida la revisión del progreso y proporcionar orientación para la mejora de la calidad.
- Evaluación integral independiente.

[ACE y exámenes de desarrollo en Medi-Cal.](#) ¹⁴⁵ DHCS prevé un reembolso mejorado por la detección de ACE, las pruebas de desarrollo y las visitas de niño sano. Originalmente, el financiamiento estaba programado para expirar el 31 de diciembre de 2021; sin embargo, el presupuesto 21-22 eliminó la suspensión planificada de los pagos.

Nuevos servicios basados en la familia y la comunidad. A partir de enero de 2022, Medi-Cal cubrirá los servicios diádicos para familias con niños, los servicios de doula y los servicios proporcionados por trabajadores de salud comunitarios.

Implementación del Programa de Prevención título IV-E. California ha adoptado un plan de cinco años para implementar el programa establecido por la Ley de Servicios de Prevención de Family First. El plan tiene por objeto poner en práctica servicios de prevención (para impedir la participación en el bienestar de los niños y promover la estabilidad de la familia), así como ampliar los servicios para los niños que requieren tratamiento residencial y garantizar que cada niño y familia reciba un plan de prevención basado en el trauma basado en prácticas basadas en la evidencia. ¹⁴⁶

Sistema de Atención (AB 2083). AB 2083 (Capítulo 815, Estatutos de 2018) requiere que cada condado desarrolle e implemente un Memorando [de Entendimiento](#) (MOU) que describa las funciones y responsabilidades de las diversas entidades locales que servir a niños y jóvenes en hogares de crianza temporal que han experimentado un trauma severo. El MOU está diseñado para ayudar a construir la comunicación y la responsabilidad compartida entre las agencias locales para evitar la necesidad de intervención a nivel estatal. El Sistema de Atención también incluye:

- El establecimiento de un Equipo de Asistencia Técnica Estatal del Sistema de Atención para Niños y Jóvenes compuesto por representantes del Departamento de Servicios Sociales de California, el Departamento de Servicios de Atención Médica, el Departamento de Servicios de Desarrollo, y el Departamento de Educación de California.
- El establecimiento del [proceso para solicitar asistencia técnica](#) al Equipo Estatal de Asistencia Técnica.
- La [identificación de brechas en los tipos y servicios de colocación.](#)
- El desarrollo de un plan plurianual para aumentar la capacidad en colocaciones y servicios. *(En desarrollo)*

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Como se señaló anteriormente, los servicios ambulatorios son la piedra angular de los esfuerzos para identificar y prevenir el desarrollo de afecciones de salud conductual más graves. Sin embargo, algunos proveedores ambulatorios solo tienen la capacidad de tratar a adultos. Según el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA y los resultados de la encuesta del condado, la disparidad en los servicios ambulatorios en California parece ser particularmente grande para niños y jóvenes.

¹⁴⁵ Junto con los pagos suplementarios para la evaluación del desarrollo y los ACE, los fondos de la Proposición 56 se utilizan para aumentar el pago de la tasa base para las visitas de niño sano y para los pagos basados en el valor a proveedores para atender a miembros en riesgo (incluidos niños con SUD o SMI o sin hogar).

¹⁴⁶ Ley de Servicios de Prevención de Family First. Más información sobre el plan de implementación quinquenal de California está disponible aquí: <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ffpsa>.

- Aproximadamente el 32 por ciento de los centros de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios en California que figuran en el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA no indican que aceptan niños o jóvenes.
- Si bien la mayoría de los condados tienen al menos un centro de tratamiento que atiende a niños y jóvenes, algunos no lo hacen. Cinco condados (Glenn, Kings, Modoc, Mono y Tehama) no tienen ningún centro de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios que acepte niños o jóvenes, según SAMHSA Behavioral Localizador de servicios de tratamiento de salud, que no incluye profesionales individuales. Afortunadamente, cada uno de estos condados tiene al menos tres proveedores de salud conductual contratados por SMHS de acuerdo con los datos de adecuación de la red DHCS.
- El treinta por ciento de los condados informan una necesidad urgente de servicios de tratamiento no especializados, como asesoramiento individual y grupal, para niños y jóvenes.
- Una cuarta parte de los condados informan que enfrentan un problema con la identificación de proveedores que están dispuestos a tratar a los jóvenes involucrados en el sistema de justicia.

Servicios de salud mental vinculados a la escuela

La investigación muestra que los estudiantes son más propensos a buscar asesoramiento cuando los servicios están disponibles en las escuelas.¹⁴⁷ Sin embargo, los estudiantes también pueden dudar en acceder a los servicios de salud mental en la escuela debido al estigma y las preocupaciones de privacidad.¹⁴⁸ Los servicios de salud mental integrales y culturalmente receptivos vinculados a la escuela pueden ayudar a abordar las desigualdades en el acceso y ayudar a reducir el estigma asociado con la recepción de servicios de salud mental. Las escuelas también tienen una oportunidad única de ofrecer servicios preventivos y educación que desarrollen la resiliencia y la capacidad de hacer frente a las emociones difíciles, lo que podría evitar el desarrollo de condiciones más significativas para algunos.

comunidad/.

¹⁴⁷ Guidance to States and School Systems on Addressing Mental Health and Substance Use Issues in Schools, SAMHSA, 1 de julio de 2019. Disponible en <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-school-guide.pdf>.

¹⁴⁸ Kaiser Permanente, Combating Mental Health Stigma in the Community, 6 de agosto de 2019. Disponible en <https://lookinside.kaiserpermanente.org/combating-mental-health-stigma-in-the->

comunidad/.



"Existe la necesidad de proporcionar servicios en lugares convenientes para los jóvenes, Como las escuelas. Es más probable que accedan un los servicios si es conveniente para ellos".

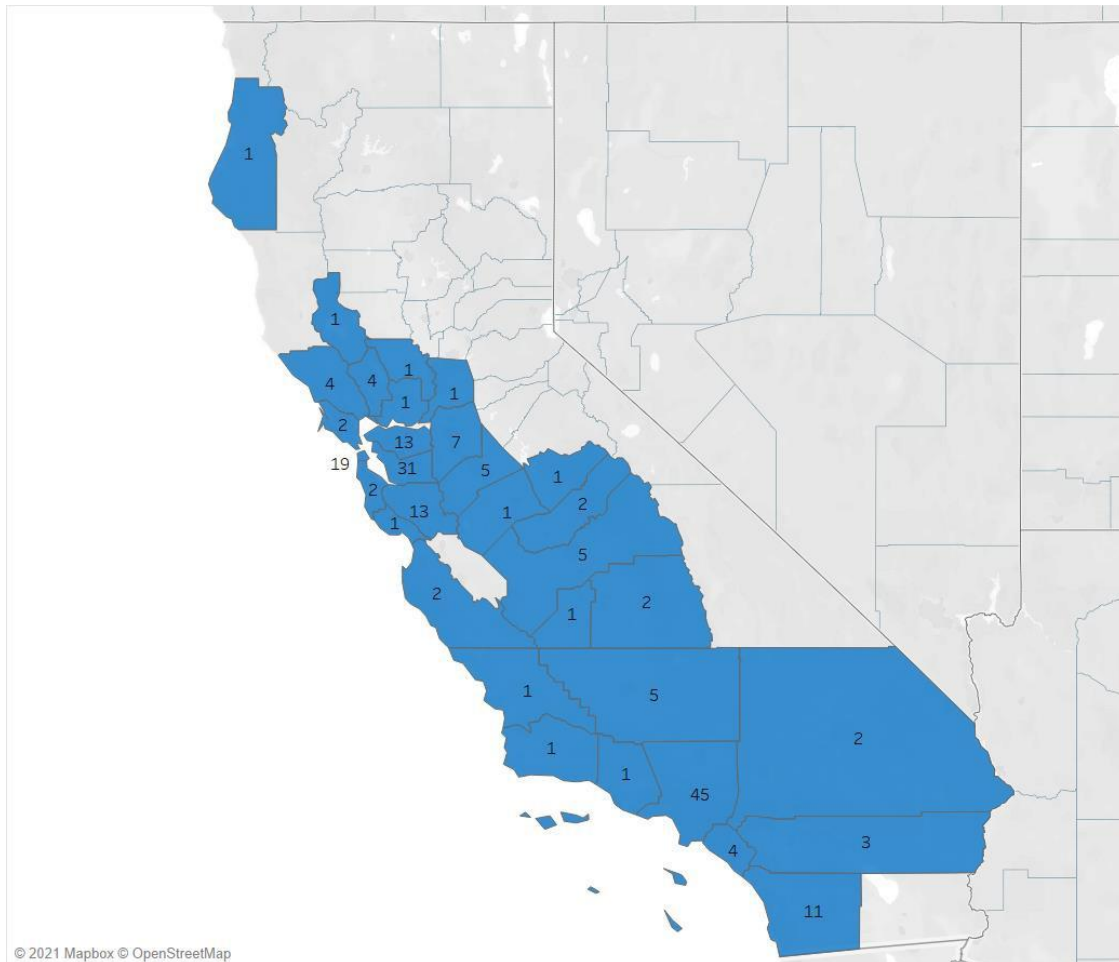
Para esta evaluación, se utilizaron datos de la Alianza de Salud Basada en la Escuela de California para identificar programas de salud vinculados a la escuela con un componente de salud mental. Tenga en cuenta que estos datos solo capturan los programas de curación basados en la escuela con componentes de salud mental que son rastreados por la Alianza de Salud Basada en la Escuela. DHCS reconoce que hay modelos adicionales de servicios de salud mental vinculados a la escuela apoyados por el condado que están disponibles en todo el estado, pero no se capturan en estos datos, incluidos los innovadores operados por el condado. Programas. Estas iniciativas también ofrecen una ayuda importante a los niños y jóvenes; será fundamental en el futuro determinar la mejor manera de catalogar y comprender la medida en que se ofrecen en todo California.

Los datos de la Alianza de Salud Basada en la Escuela indican:

- La mayoría de los condados, 32, o aproximadamente el 55 por ciento, tienen programas de salud vinculados a la escuela con un componente de salud mental.
- Aproximadamente el 70 por ciento de los programas de salud vinculados a la escuela rastreados por la Alianza de Salud Basada en la Escuela de California brindan servicios de tratamiento de salud mental.¹⁴⁹
- Otros tres condados tienen programas de salud vinculados a la escuela, pero no tienen un componente de salud mental separado.
- Los condados con grandes centros de población (San Francisco, Alameda, Contra Costa, Los Ángeles y San Diego) eran significativamente más propensos a tener al menos algunos programas de salud mental basados en la escuela.

¹⁴⁹ Acerca de los Programas de Salud Escolar, California School-Based Health Alliance. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.schoolhealthcenters.org/school-based-salud/programas>.

Figura 15. **Condados con programas de salud vinculados a la escuela que brindan servicios de tratamiento de salud mental** 150



Entre las partes interesadas, hubo un profundo interés en las nuevas iniciativas de salud conductual vinculadas a la escuela y entusiasmo por el poderoso papel que podrían desempeñar. Con la pandemia de COVID-19 ilustrando el papel crítico de la escuela y la comunidad para los niños y los jóvenes, las partes interesadas plantearon repetidamente la necesidad de servicios ambulatorios e intensivos ambulatorios que puedan impartirse en las escuelas, a través de la telesalud o a través de servicios intensivos en el hogar que permiten que los niños permanezcan con sus familias.

Las partes interesadas destacaron la importancia de utilizar parte de los nuevos fondos para proporcionar a los niños habilidades y recursos antes de que desarrollen problemas importantes. Actualmente, las clínicas vinculadas a la escuela pueden ofrecer asesoramiento individual para estudiantes con un diagnóstico a través de la opción de facturación de Medi-Cal de la agencia de educación local. Sin embargo, es mucho más difícil ofrecer grupos de apoyo a la población general sin un diagnóstico específico de salud mental, como para estudiantes que enfrentan el dolor, las preocupaciones LGBTQ + o la escuela y las redes sociales.

¹⁵⁰ Datos proporcionados por California School-Based Health Alliance a través de correspondencia personal en julio de 2021.

Presiones. Las partes interesadas también señalaron que los estudiantes sin un diagnóstico se beneficiarían de los servicios de salud mental, como es probable que se vuelva más común con los recientes cambios de política anunciados por DHCS que permiten el acceso a servicios de intervención temprana y tratamiento de salud conductual antes del diagnóstico. Además, las partes interesadas indicaron que las escuelas no están bien equipadas para ofrecer servicios sud. Debido a la fuerza laboral y otros problemas, muchas escuelas carecen de los profesionales de SUD que podrían ofrecer asesoramiento de SUD.



Historia de éxito de los servicios de salud mental vinculados un la escuela

Se identificaron varias iniciativas vinculadas a la escuela de "coche de ritmo" a través de la encuesta y los grupos focales. Por ejemplo, el Condado de Santa Bárbara utiliza fondos de la subvención Youth Opioid Response y la subvención de cannabis para proporcionar alcance específico a las escuelas.

El Condado de Stanislaus planea usar la subvención Youth Opioid Response para colocar a los profesionales de tratamiento de SUD en entornos educativos y aumentar el alcance a los

Psiquiatras infantiles

Hay aproximadamente 8,300 psiquiatras de niños y adolescentes en ejercicio en los Estados Unidos. Las proporciones de psiquiatras infantiles y adolescentes varían por estado de uno a 60 por cada 100,000 niños (menores de 18 años), con una mediana de 11 niños y adolescentes psiquiatras por cada 100.000 niños.¹⁵¹ En California, hay 13 psiquiatras de niños y adolescentes por cada 100,000 niños menores de 18 años.¹⁵² Algunos psiquiatras a menudo requieren pago directo y pueden optar por no participar en redes comerciales o de proveedores de Medi-Cal, lo que lleva a desafíos de acceso, especialmente para los niños de bajos ingresos.

Para el análisis específico del condado, se identificó el número de psiquiatras de niños y adolescentes en cada condado utilizando datos de licencia proporcionados por la Junta Médica de California en julio de 2021. Estos datos se analizaron para identificar el número de psiquiatras activos de niños y adolescentes certificados por la junta que operan en cada condado del estado. Estos datos, combinados con los resultados de la encuesta del condado, indican que la mayoría de los condados tienen al menos un psiquiatra infantil, aunque casi todos los condados de California informaron escasez. Por ejemplo:

- Según la Academia Americana de Psiquiatras Infantiles y Adolescentes, 39 de

Se identificó que los 58 condados de California tenían una escasez alta o severa de

¹⁵¹ Mapas de la Fuerza Laboral por Estado, Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. Disponible en https://www.aacap.org/aacap/Advocacy/Federal_and_State_Initiatives/Workforce_Maps/Home.aspx.

¹⁵² *Ibíd.*

psiquiatras infantiles y adolescentes.¹⁵³

- Según los datos proporcionados por la Junta Médica de California, 22 condados no tenían psiquiatras infantiles o adolescentes a partir de julio de 2021.
- Más del 70 por ciento de los condados, 42 de 58, informan una falta de psiquiatras que se especialicen en trabajar con niños.
- El condado de Los Ángeles tiene significativamente más psiquiatras infantiles que cualquier otro condado, con casi un tercio de todos los psiquiatras infantiles en el estado y más del doble del número de psiquiatras infantiles de cualquier otro condado. Si bien el condado de Los Ángeles tiene muchos más psiquiatras que cualquier otro condado, no se ubica en la cima en términos del número de psiquiatras por cada 100,000 personas menores de edad. de 18. Los condados de San Francisco y Marin tenían 52.4 y 48.7 respectivamente, psiquiatras infantiles por cada 100,000 personas menores de 18 años, en relación con solo 14.2 por cada 100,000 en el condado de Los Ángeles.

Servicios SUD para adolescentes

La gran mayoría de los adultos, aproximadamente el 90 por ciento, con SUD comenzaron a usar una sustancia antes de los 18 años.¹⁵⁴ Cuanto antes una persona comience a consumir alcohol o drogas, más probabilidades tendrá de desarrollar SUD que persista en la edad adulta. Las personas que comienzan a beber antes de los 14 años tienen siete veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que aquellos que comienzan a beber a los 21 años.¹⁵⁵ servicios de SUD aún no están ampliamente disponibles para adolescentes y adultos jóvenes. Por ejemplo, la encuesta del condado encontró:

- La mayoría de los condados de California carecen de camas residenciales disponibles específicamente para jóvenes (75 por ciento, 45 encuestados).
- Cuarenta y uno de cada 56 encuestados (68 por ciento) carecen de proveedores con la capacitación y la experiencia para satisfacer las necesidades específicas de los jóvenes que viven con SUD.
- Existe una disponibilidad limitada de proveedores para tratar las necesidades concurrentes de salud mental y SUD de los adolescentes (58 por ciento, 35 encuestados).
- El financiamiento fue identificado por 40 de los 56 encuestados (71 por ciento) como una razón por la cual no han ampliado los servicios de SUD para adolescentes.



"La ausencia de servicios SUD en mi mundo es tan absoluta y completa que no sé por dónde empezar a discutir las brechas".

¹⁵³ *Ibíd.*

¹⁵⁴ NIDA. Introducción. Sitio web del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-tratamiento-investigación-basado-guía/introducción>. 3 de agosto de 2021.

¹⁵⁵ Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Edad al inicio del consumo de alcohol y abstinencia de alcohol: edad al inicio, duración y gravedad. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(7):739-746. doi:10.1001/archpedi.160.7.739.

En la mayoría de los grupos focales se hicieron eco de servicios insuficientes de SUD para adolescentes y adultos jóvenes en todo el continuo de atención. Los participantes informaron:

- Insuficientes camas residenciales de baja intensidad intensivas y clínicamente administradas para jóvenes; como resultado, los adolescentes a veces deben ser colocados en instalaciones con adultos.
 - Los programas de consejería basados en la escuela son limitados y se han reducido en los últimos años.
 - Los profesionales de la salud mental en las escuelas no tienen una traducción adecuada para abordar el SUD.
 - Algunas de las prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento de SUD que son cada vez más comunes para los adultos, como mat, aún no están disponibles para los adolescentes.
 - Falta de camas WM para pacientes hospitalizados (niveles 3.7 y 4.0) para los jóvenes que viven con SUD.



Innovación para adolescentes contra SUD

Hay "bolsillos" de innovación para los adolescentes con SUD. El Condado de Orange ha desarrollado un programa de tutoría entre pares para apoyar a los jóvenes en su transición de proveedores fuera del condado en casa a servicios ambulatorios dentro del condado. El [Programa Peer Connector](#) conecta a las personas por teléfono con mentores capacitados con experiencia vivida; los mentores se emparejan de acuerdo con sus experiencias comunes y/o antecedentes y los servicios están disponibles en inglés y español.

Programas de psicosis del primer episodio

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, alrededor de 100,000 adolescentes y adultos jóvenes en los Estados Unidos experimentan FEP cada año.¹⁵⁶ Las intervenciones para adultos jóvenes que experimentan FEP son enfoques de atención basados en equipos y orientados a la recuperación que comúnmente incluyen psicoterapia, administración de medicamentos, educación y apoyo familiar, manejo de casos, empleo apoyado y educación apoyada.

Cada vez más, los programas FEP ofrecen coordinación de atención primaria, servicios de apoyo entre pares y servicios de vivienda de apoyo, además de los componentes centrales tradicionales del modelo. Los adultos jóvenes que participan en los programas FEP experimentan síntomas significativamente mayores

¹⁵⁶ Instituto Nacional de Salud Mental, Hoja informativa: Primer episodio de psicosis. Disponible en <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis>.

reducciones, menos episodios de hospitalización y mejor participación escolar y laboral en comparación con los que están en tratamiento habitual.¹⁵⁷

Durante la última década, el número de condados con programas para adultos jóvenes que experimentan FEP ha aumentado. A partir de 2021, 41 condados (71 por ciento) ofrecen 52 programas que atienden a personas que viven con FEP.¹⁵⁸ Estos programas se suscriben utilizando fondos federales (fondos de reserva de SAMHSA), estatales y locales. Los programas FEP a menudo dependen de contribuciones filantrópicas u otras fuentes de financiamiento, lo que limita la capacidad de crecer y mantener programas muy necesarios. Además, las partes interesadas reconocieron que hay interés en llevar los servicios de FEP a todos los condados del estado. Los participantes dijeron que hacer que los programas de tratamiento FEP estén disponibles en los condados rurales debería ser una alta prioridad. Además, los expertos señalaron la importancia de supervisar y monitorear la calidad de los programas FEP. Si bien existen estándares del programa, actualmente no existe un enfoque organizado a nivel estatal para medir la fidelidad del programa.



Innovación para adultos jóvenes que viven con FEP

Los Programas de Psicosis Temprana de UC Davis (Clínicas EDAPT y SacEDAPT), fundados en 2004, se encuentran dentro del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento del Sistema de Salud Davis de la Universidad de California. UC Davis es reconocido a nivel nacional como un proveedor líder de atención especializada coordinada basada en equipos ambulatorios para la psicosis temprana. Los programas atienden a jóvenes en edad de transición en todo el espectro de la psicosis temprana, incluida la psicosis afectiva umbral y no afectiva ("psicosis temprana" o EP), así como a las personas que están en su punto más alto clínico. riesgo de psicosis.

La Clínica EDAPT atiende a personas de 12 a 40 años que tienen seguro comercial y provienen de todo el Valle Central de California. Con el apoyo de los fondos de prevención e intervención temprana de MHSa del Condado de Sacramento, EDAPT se amplió en 2011 para crear la Clínica SacEDAPT, que atiende a residentes del Condado de Sacramento de 12 a 30 años. que tienen Medi-Cal o no tienen seguro. Su modelo centrado en la familia proporciona alcance comunitario para apoyar la identificación temprana; evaluaciones de vanguardia; psicoterapia individual, familiar y grupal; administración de medicamentos; educación/empleo apoyado; manejo de casos; manejo del uso de sustancias; y apoyo y defensa entre pares y familias.

¹⁵⁷ Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, Phutane VH, Breitborde NJK, Pollard J, et al. (2015). Servicios

de primer episodio para trastornos psicóticos en los EE. UU. Sector público: un ensayo controlado aleatorio pragmático. *Servicios Psiquiátricos*, febrero. 2, 2015. doi:0.1176/appi.ps.201400236. 66(7), 705-712.

¹⁵⁸ Early Psychosis Program Directory, Stanford Medicine. Disponible en <https://med.stanford.edu/peppnet/interactivedirectory.html>.

discapacidad, costos, calidad de vida y carga familiar. *Curr Opin Psiquiatría*. 2020;33(6):521-527.
doi:10.1097/YCO.0000000000000641.

- Identificar los trastornos alimentarios antes y proporcionar consultas al personal médico y de salud conductual sobre estrategias y prácticas efectivas para abordar estos trastornos.
- Establecer capacitación sobre el tratamiento basado en la familia para los trastornos alimentarios en ciertas áreas del estado.
- Proporcionar consultas continuas semanal o mensualmente para los profesionales que tratan a las personas que viven con un trastorno alimentario.

A pesar de estos esfuerzos, los participantes del grupo focal identificaron barreras que históricamente han limitado el acceso al tratamiento de los trastornos alimentarios. Por ejemplo, algunos planes Medi-Cal ofrecen acuerdos de caso único (SCA) para personas que experimentan un trastorno alimentario. Estos SCA son necesarios pero administrativamente onerosos para los proveedores y los MCP, y las familias pueden no saber que esta es una opción de tratamiento disponible para sus seres queridos. Además, los participantes del grupo focal indicaron una escasez de profesionales que puedan identificar y tratar a niños, jóvenes y adultos jóvenes que viven con trastornos alimentarios. Los datos nacionales indican que cerca de una de cada diez personas en los Estados Unidos (9 por ciento) tendrá un trastorno alimentario en el transcurso de sus vidas.¹⁶¹

6.2 Poblaciones que están involucradas en la justicia

En California, 36,000 personas son liberadas de prisión y un millón de personas entran y salen de las cárceles cada año.¹⁶² Casi todas estas personas son elegibles para Medi-Cal.¹⁶³ Las personas que están involucradas en la justicia a menudo experimentan altas tasas de problemas de salud conductual y, de hecho, a menudo son arrestadas y encarceladas debido a comportamientos que surgen de esos problemas (por ejemplo, comportamiento errático debido a psicosis, posesión de drogas ilícitas). Entre las personas encarceladas en California, aproximadamente el 66 por ciento de los reclusos fueron identificados con una necesidad alta o moderada de tratamiento SUD.¹⁶⁴ Además, la proporción de personas encarceladas en cárceles o prisiones de California con un caso activo de salud mental ha aumentado en la última década.¹⁶⁵ personas que están involucradas en la justicia tienen una probabilidad significativamente mayor de visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones y sobredosis.

¹⁶¹ Report: Economic Costs of Eating Disorders, Harvard School of Public Health, se puede encontrar en: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>.

¹⁶² "From Corrections to Community: Reentry Health Care", California Health Care Foundation, 2018. Disponible en <https://www.chcf.org/project/corrections-community-reentry-health-care/>.

¹⁶³ *Ibíd.*

¹⁶⁴ "Mejorando los programas de rehabilitación en prisión", Oficina del Analista Legislativo, 2017.

Disponible en

<https://lao.ca.gov/Publications/Report/3720>.

¹⁶⁵ "La prevalencia de enfermedades mentales en las cárceles de California está aumentando: un análisis de los casos de salud mental y las recetas de medicamentos psicotrópicos, 2009-2019", Estrategias de políticas de salud de California, 2020. Disponible en https://calhps.com/wp-content/uploads/2020/02/Jail_MentalHealth_JPSReport_02-03-2020.pdf.

Muerte relacionada con SUD. Y para las personas recientemente liberadas de prisión, la osteoporosis es la principal causa de muerte.¹⁶⁶

El encarcelamiento de personas que viven con trastornos de salud mental y uso de sustancias se cruza con inequidades sistémicas en la forma en que el sistema de justicia penal trata a las personas de color. Las personas negras y latinas no son más propensas a abusar del alcohol o las drogas que las personas blancas, pero tienen más probabilidades de ser encarceladas por comportamientos relacionados. Por ejemplo:

- Aproximadamente el 29 por ciento de los prisioneros varones en California son negros (en comparación con el 5.6 por ciento de la población masculina adulta de California); A nivel nacional, el 5 por ciento de los usuarios de drogas ilícitas son negros, sin embargo, representan el 29 por ciento de los arrestados y el 33 por ciento de los encarcelados por delitos de drogas.^{167,168}
- Para los hombres latinos, la tasa de encarcelamiento es de 1,016 por cada 100,000 en comparación con 314 por cada 100,000 para los hombres de otras razas.¹⁶⁹
- También hay una gran discrepancia en la tasa de encarcelamiento de la población de AI/AN en relación con la población general; sin embargo, debido a los desafíos de la recopilación de datos, las poblaciones de AI / AN generalmente se agrupan en la categoría "Otros", lo que dificulta informar sobre su tasa de encarcelamiento.¹⁷⁰

¹⁶⁶ Binswanger, IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, Koepsell TD. Release From Prison — A High Risk of Death for Former Inmates, *New England Journal of Medicine*, enero de 2007.

¹⁶⁷ "Hoja informativa de justicia penal", NAACP. Último acceso: 8 de septiembre de 2021.

<https://www.prisonpolicy.org/blog/2020/04/22/n>

Disponible en <https://naacp.org/resources/criminal-justice-fact-sheet>.

¹⁶⁸ "La población carcelaria de California", Instituto de Políticas Públicas de California, 2017. Disponible en <https://www.ppic.org/publication/californias-prison->.

¹⁶⁹ *Ibíd.*

¹⁷⁰ Daniel R, "Since you asked: What data exists about Native American people in the criminal justice system", Prison Policy Initiative, 22 de abril de 2020. Disponible en

<https://www.ppic.org/publication/californias-prison->



Incompetente para ser juzgado atrasado

El número de californianos considerados incompetentes para ser juzgados (IST) sobre la base de su enfermedad mental por cargos de delitos graves ha aumentado significativamente en los últimos años.¹⁷¹ Un número significativo de personas, 1,722 a diciembre de 2021, que no han sido condenadas por delitos y se determina que son IST están esperando en las cárceles, en promedio para varios meses: para que las camas de los hospitales estatales estén disponibles para restaurar la competencia de las personas. Una vez que se restablece la competencia, las personas regresan del hospital estatal a la cárcel para que se resuelva su caso judicial. Los condados son responsables de tratar a las personas que enfrentan cargos por delitos menores que se consideran IST.¹⁷²

El estado ha tomado una serie de medidas en los últimos años para abordar el atraso de IST e invertir en programas de desvío y restauración basados en la comunidad para personas que viven con enfermedades mentales graves (SMI) que se convierten en justicia involucrada. CalHHS y el Departamento de Hospitales Estatales (DSH) han convocado a un Grupo de [Trabajo de Soluciones IST](#) para identificar soluciones procesables para abordar el creciente número de personas que viven con SMI que se consideran IST por cargos de delito grave.¹⁷³ El Grupo de Trabajo ha presentado recientemente recomendaciones para soluciones a corto, mediano y largo plazo, y el estado ha asignado \$75 millones para que DSH comience la implementación de estas recomendaciones a partir del presupuesto 2021-22. Ejemplos de recomendaciones incluyen la implementación de la propuesta de acceso y reingreso de justicia de CalAIM, la expansión de los servicios de desvío previo a la reserva y la expansión de los programas de desvío con apoyos de vivienda adecuados, incluidos los programas residenciales enriquecidos. Además, el presupuesto del estado promulgado para 2021-2022 también incluye fondos para que DSH implemente o amplíe una serie de iniciativas que incluyen:

- Ampliar los fondos de restauración de competencias basados en la comunidad y la cárcel.
- Contrato para la capacidad de camas subagudas para ampliar las opciones de tratamiento para atender el creciente número de referencias de pacientes con IST por delito grave al departamento¹⁷⁴
- Reevaluar a las personas consideradas IST por un cargo de delito grave que esperan en la cárcel 60 días o más pendientes de colocación en un programa de tratamiento del Departamento de Hospitales Estatales de California (DSH)

¹⁷¹ "Behavioral Health: Community Care Demonstration Project", Oficina del Analista Legislativo, 19 de febrero de 2021. Disponible en <https://lao.ca.gov/Publications/Report/4382>.

¹⁷² *Ibíd.*

¹⁷³ Grupo de trabajo de soluciones incompetentes para ser juzgados (IST). CalHHS. Más información disponible en <https://www.chhs.ca.gov/home/committees/ist-solutions-workgroup/>.

¹⁷⁴ Resumen del presupuesto 2021-22 para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de California. Disponible en <https://www.ebudget.ca.gov/2021-22/pdf/Enacted/BudgetSummary/HealthandHumanServices.pdf>.

- Expandir el actual IST / Pre-Trial Felony Mental Health Diversion a los condados actuales y nuevos.

Varios enfoques y servicios pueden abordar de manera efectiva los problemas de salud conductual para desviar a las personas de ingresar al sistema de justicia, identificar y planificar dichos servicios durante el proceso de reingreso y facilitar e involucrar a las personas con estos servicios a medida que reingresan a la comunidad. Estos servicios y enfoques incluyen:

- Tribunales colaborativos que combinan la supervisión judicial con servicios de rehabilitación para apoyar la recuperación, reducir la reincidencia y mejorar los resultados entre las personas que viven con SUD o afecciones de salud mental.¹⁷⁵
- Servicios previos al lanzamiento y planificación de reingreso, como inscribir a las personas en la cobertura de Medi-Cal antes del lanzamiento, ofrecer servicios y medicamentos para estabilizar las condiciones de salud física y conductual de las personas mientras están encarcelados, y establecer un plan coordinado para su atención basada en la comunidad antes de la liberación para apoyar la transición de reingreso.
- Programas de reingreso basados en la comunidad que conectan a las personas con apoyos comunitarios y recursos de tratamiento después de su liberación de las instituciones de justicia penal.
- Programas de desvío asistido por la aplicación de la ley, que establecen alternativas basadas en el tratamiento a las sanciones penales para las personas que viven con trastornos de salud mental, uso de sustancias y trastornos concurrentes.

Para abordar estos problemas, California ha desarrollado iniciativas locales y estatales para personas que están involucradas con la justicia con problemas de salud conductual. Muchos de estos programas tienen como objetivo prevenir el encarcelamiento innecesario para las personas que viven con afecciones de salud conductual o para conectar a dichas personas con recursos de tratamiento después de la liberación de la cárcel o cárcel. Varias iniciativas centran sus esfuerzos en garantizar que Medi-Cal beneficie al salir de las prisiones y, cada vez más, de las cárceles. Estas iniciativas existentes incluyen:

- Desde 2015, las prisiones estatales deben usar un proceso estandarizado para reunir y procesar solicitudes previas a la liberación para garantizar que las personas que están involucradas en la justicia estén inscritas en Medi-Cal antes de su regreso a la comunidad. Para el 1 de enero de 2023, todos los condados tienen el mandato de implementar procesos de solicitud de Medi-Cal previos a la liberación en las cárceles del condado y las instalaciones correccionales juveniles.¹⁷⁶
- Como lo exige la Ley Federal de APOYO y la reciente guía de CMS, California requiere que¹⁷⁷ condados suspendan, en lugar de terminar, la elegibilidad de Medi-Cal

^{se} identificaron 175 tribunales colaborativos que apoyan a personas con afecciones de salud conductual utilizando datos proporcionados por el Consejo Judicial de California.

¹⁷⁶ LEGISLATURA DE CA. SB 1469.727 WIC. 2006. Disponible en http://www.leginfo.ca.gov/pub/05-06/bill/sen/sb_1451-1500/sb_1469_cfa_20060501_142757_sen_comm.html.

¹⁷⁷ LEGISLATURA DE CA. SB 1147. 2008. Disponible en http://leginfo.ca.gov/pub/07-08/bill/sen/sb_1101-1150/sb_1147_cfa_20080311_130324_sen_comm.html; véase también el Código Penal de California § 4011.11.

de las personas menores de 21 años cuando se convierten en reclusos en una institución pública.¹⁷⁸

- DHCS requiere que las cárceles y las instalaciones juveniles del condado implementen un proceso para facilitar las referencias a los servicios especializados de salud mental del condado, los DMC-ODS y / o Medi-Cal MCP para los reclusos que recibieron servicios de salud conductual mientras recibían servicios de salud conductual mientras encarcelado, para permitir la continuación del tratamiento de salud conductual.¹⁷⁹ Al menos 20 condados tienen procesos existentes para la inscripción en Medi-Cal antes del reingreso.
- Se requiere que los planes de atención administrada ofrezcan una administración de atención intensiva y basada en la comunidad para las personas que hacen la transición a la comunidad a través del nuevo beneficio estatal de Administración de atención mejorada y apoyos comunitarios.
- DHCS también está aprovechando múltiples flujos de fondos federales para apoyar la prestación de servicios de salud conductual para las personas que están encarceladas, incluidos, entre otros, fondos para expandir MAT en las cárceles del condado y los tribunales de drogas. Capacitación y asistencia técnica de MAT para el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (CDCR) y fondos de subvenciones en bloque de servicios comunitarios de salud mental.
- Si bien se puede hacer más en esta área, California está avanzando en el fortalecimiento de los esfuerzos previos a la liberación, los programas de desvío y las actividades de reingreso, que incluyen:
 - Actualmente, 17 condados ofrecen pilotos de Whole Person Care (WPC) dedicados a servir a las personas que reingresan a la comunidad después del encarcelamiento y han diseñado programas para involucrar directamente a las cárceles locales y / o la libertad condicional. departamentos.¹⁸⁰ Estos programas pasarán a ser programas de Gestión de Atención Mejorada/Apoyos Comunitarios en CalAIM.
 - Un porcentaje significativo de condados desarrolló e implementó tribunales de drogas para adultos (46 condados) y tribunales de salud mental para adultos (38 condados).
 - Casi todos los condados (92 por ciento, 55 encuestados) informan que colaboran con la cárcel o las instalaciones penitenciarias para facilitar la planificación previa a la liberación de las personas encarceladas que reingresan a la comunidad.
 - La mayoría de los condados operan al menos un programa de reingreso previo a la liberación y muchos condados tienen varios. Hay casi 840 programas operativos de reingreso previo a la liberación que atienden a casi 13,000 personas que están involucradas en la justicia en un momento dado.

¹⁷⁸ State Medicaid Director Letter re: Implementation of At-Risk Youth Medicaid Protections for Inmates of Public Institutions (Section 1001 of the SUPPORT Act), CMS, 19 de enero de 2021.

Disponible en <https://www.medicaid.gov/Federal-Policy-Guidance/Downloads/smd21002.pdf>.

¹⁷⁹ Breve descripción general de las propuestas de Medi-Cal (CalAIM) del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) que avanzan e innovan en California que impactan a la población de justicia penal, CCJBH, septiembre de 2021. Disponible en <https://www.cdcr.ca.gov/ccjbh/wp-content/uploads/sites/172/2021/09/CalAIM-Proposals-Relevant-to-Justice-System-Partners-September-2021-ADA.pdf?label=Brief%20Overview%20of%20CalAIM%20Proposals&from=https://www.cdcr.ca.gov/ccjbh/publications/>.

^{se} identificaron 180 condados con pilotos de WPC involucrados en la justicia a través de una revisión de los contratos de WPC y se confirmaron mediante entrevistas y encuestas específicas realizadas por DHCS y Manatt en mayo de 2021.

A partir de noviembre de 2021, el mes de la publicación de este informe, el estado también está buscando la autorización de servicios de preliberación para mejorar la atención de las personas que están involucradas en la justicia a través de la Exención de demostración de la Sección 1115 de CalAIM.¹⁸¹ A través de su solicitud de exención 1115, California busca probar la expectativa de que proporcionar servicios de atención médica a las personas durante los 90 días anteriores a la liberación evitará el uso evitable de los servicios de atención de la salud al tiempo que se mejoran los resultados de salud después del encarcelamiento. La prestación de servicios en el período previo a la liberación está diseñada para involucrar a las personas elegibles que están involucradas en la justicia y prepararlas para el regreso a la comunidad y para mitigar las brechas en los servicios y medicación. Si el gobierno federal lo aprueba, los servicios cubiertos para las personas elegibles incluirán administración de atención al alcance / coordinación de la atención; servicios de consulta clínica de salud física y conductual al alcance proporcionados a través de telesalud o en persona, según sea necesario, a través de proveedores comunitarios; laboratorio limitado / rayos X; y MAT y medicamentos psicotrópicos. También se proporcionarán servicios dentro de las cárceles y prisiones para después de la liberación, incluido un suministro de medicamentos y equipo médico duradero para 30 días.



Desvío previo al juicio para personas declaradas incompetentes para ser juzgadas

Promulgada en 2018, **AB 1810** creó una vía de desviación previa al juicio para personas con ciertos diagnósticos de salud mental acusados de un delito grave o delito menor y se determina que es poco probable que representen un riesgo significativo para la seguridad si se trata en la comunidad.¹⁸² La ley permite al tribunal conceder la desviación si un programa de tratamiento de salud mental acepta aceptar la responsabilidad del tratamiento del acusado. El período de desvío puede ser de hasta dos años y los cargos se desestiman una vez que se completa con éxito el programa de desvío.

El Presupuesto Estatal 2018-19 incluyó \$ 100 millones por única vez durante tres años y la Ley de Presupuesto de 2021 asignó \$ 47.6 millones de dólares adicionales una vez para apoyar una expansión del Departamento de Estado **de California. Programa de Desvío de Hospitales.** Los fondos se utilizarán para los programas de desvío de salud mental previos al juicio del condado para personas que viven con enfermedades mentales graves que se consideran incompetentes para ser juzgadas.¹⁸³ Actualmente, 24 condados han implementado programas de desvío y ~~estos programas pueden expandirse para aumentar las oportunidades~~ de desvío y los condados adicionales pueden implementar nuevos programas de desvío con los fondos asignados en la Ley de Presupuesto de 2021. El financiamiento para este programa no está en curso.

¹⁸¹ Solicitud de demostración de exención de la Sección 1115 de California, 30 de junio de 2021. Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/CalAIM-Section-1115-Renewal-Aplicación.pdf>.

¹⁸² A.B.1810 Capítulo 34. Junio 2018. Disponible en https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB1810. ¹⁸³ Programa de Desvío de DSH, Departamento de Hospitales Estatales de California. Disponible en https://www.dsh.ca.gov/Treatment/DSH_Diversion_Program.html.

Servicios de salud conductual para personas que están involucradas en la justicia

Muchas iniciativas para personas que están involucradas en la justicia son dirigidas localmente o por el condado, con un alcance geográfico limitado. La información cuantitativa y cualitativa recopilada a través de esta evaluación indicó que se puede hacer más para apoyar los servicios de salud mental y SUD en todo el estado para apoyar adecuadamente a las personas que son justicia involucrada durante la pre-sentencia, mientras está encarcelado y después de la liberación. Un problema fundamental es que muchos proveedores simplemente no trabajarán con clientes con un historial de encarcelamiento, particularmente si han sido condenados por delitos que podrían representar un amenaza a otros pacientes o personal (por ejemplo, agresión, delitos sexuales, incendio provocado). Esto perpetúa las disparidades de salud, ya que las personas que están involucradas en la justicia son desproporcionadamente personas de color que tienen necesidades considerables de atención médica, pero que a menudo se quedan sin cuidado y medicamentos necesarios al momento de la liberación.



Treinta y siete de los condados de California están participando en la iniciativa Stepping Up, un esfuerzo de colaboración entre los tomadores de decisiones de la agencia y diversas partes interesadas para desarrollar planes de acción para reducir el número de personas que viven.

Esto resulta en desafíos en todo el continuo de atención para las personas que están involucradas con problemas de salud conductual, especialmente si requieren asistencia con la vivienda. Por ejemplo:

- Sesenta y ocho por ciento de los condados (40 encuestados) informaron una necesidad significativa de servicios en todo el continuo de atención para las poblaciones que están involucradas en la justicia, incluida una necesidad urgente de salud mental. servicios residenciales.
- Treinta y cinco condados (58 por ciento) informaron la necesidad de servicios residenciales SUD para las poblaciones que están involucradas en la justicia.
- Cuarenta y dos por ciento de los condados (25 encuestados) necesitan camas de hospital para pacientes hospitalizados agudos y servicios de WM para personas que están involucradas en la justicia.
- El noventa y tres por ciento de los condados (56 encuestados) identificaron una necesidad urgente de vivienda para las personas que están involucradas en la justicia.
- Aproximadamente el 58 por ciento de los condados (35 encuestados) reportaron que los proveedores no están dispuestos a aceptar personas con condenas por delitos graves / antecedentes forenses, y el 68 por ciento (41 encuestados) reportaron que los proveedores son no está dispuesto a aceptar personas con antecedentes de condenas por delitos sexuales.
- Cincuenta y cinco por ciento (33 encuestados) informaron que carecen de personal y capacitación para satisfacer las necesidades de las poblaciones

- que están involucradas en la justicia en sus condados.
- Según el Consejo Judicial de los Tribunales de California, 48 condados operan tribunales de drogas juveniles y 19 condados operan tribunales de drogas para adultos.



"Luchamos significativamente para colocar a las personas encarceladas en camas de tratamiento, nadie sacará a las personas de la cárcel. Necesitamos acceso a tratamiento en la cárcel o instalaciones dispuestas a acoger a los reclusos".

– Director de Salud Conductual del

Los participantes del grupo focal también explicaron que debido a que los sistemas de libertad condicional difieren entre los condados, actualmente hay vías inconsistentes para conectar a las personas que están involucradas con la justicia con los servicios basados en la comunidad. Además, las partes interesadas compartieron que hay pocos, si es que hay alguno, apoyo de navegación para las familias de las personas encarceladas.

Estos problemas se ven agravados por el estigma y la discriminación. Un condado informó: "Muchos programas tardan más en entrevistar a los pacientes que están en la cárcel, y existe un estigma significativo contra los pacientes encarcelados. A menudo se asume que estos pacientes son más peligrosos y violentos que los pacientes que vienen de otros lugares. Los programas también piensan que tienen derecho a ver los antecedentes penales de los pacientes si están encarcelados en el momento de la derivación".



"No. debería haber diferencia en la información requerida para la derivación de pacientes encarcelados, ya que esto perpetúa la discriminación. Muchos programas carecen de capacitación para trabajar con la población de justicia penal y los sistemas de justicia penal y términos legales en los que están involucrados sus clientes".

– Director de Salud Conductual del

Algunos condados han desarrollado una serie de programas innovadores para servir mejor a las personas que están involucradas en la justicia. El Condado de Orange ha desarrollado un enfoque que incluye la planificación colaborativa de liberaciones, vínculos con los recursos y el tratamiento de la comunidad (incluido el MAT) y servicios para jóvenes en salas juveniles. El Condado de San Diego requiere que las personas liberadas en libertad condicional tengan una "transferencia cálida" a los servicios comunitarios, lo que permite a las personas recibir tratamiento o servicios de vivienda inmediatamente después de la liberación.

Como se discutió en la Sección 5.7 anterior, algunos condados también emplean equipos de intervención en crisis (CIT) que están diseñados para abordar las necesidades de las personas que viven con afecciones de salud conductual que ingresan al sistema judicial durante un estado de crisis. Las inversiones de los condados en modelos alternativos de respuesta a crisis, como los CIT, están destinadas a ayudar a mitigar el contacto innecesario con las fuerzas del orden y desviar a las personas en crisis a servicios de tratamiento en lugar de cárceles.

Datos del Equipo de Intervención en Crisis de la Universidad de Memphis

El Centro de Recursos indica que los CIT están operativos en 24 condados en todo el estado¹⁸⁴; en la mayoría de los casos, los CIT son pequeños y pueden no tener los recursos adecuados para implementar completamente el modelo CIT con fidelidad.

6.3 Comunidades AI/AN

Hay 109 tribus indígenas americanas reconocidas federalmente en California,¹⁸⁵ y 78 entidades que solicitan el reconocimiento federal.¹⁸⁶ California es el hogar de más comunidades de IA / AN que cualquier otro estado,¹⁸⁷ y estas comunidades enfrentan altas tasas de problemas de salud conductual con poco o ningún acceso a la prevención o servicios de tratamiento en comunidades rurales y urbanas. La prevalencia e intensidad de las condiciones de salud conductual y la falta de acceso a los servicios son impulsadas por el trauma histórico, así como por los relacionados con el desarrollo social, político y económico. condiciones que han limitado el acceso a la atención de la salud y a los recursos de vivienda y han dado lugar a la pobreza, el desempleo y un menor nivel educativo.¹⁸⁸ En concreto:

- A nivel nacional, entre las personas con IA / AN, el 19 por ciento informa haber experimentado enfermedades mentales en los últimos 12 meses.¹⁸⁹
- En California, las muertes por sobredosis de opioides en la población de AI/AN son el doble que en las comunidades blancas y un 500 por ciento más altas que en las comunidades latinas.¹⁹⁰
- Según la evaluación más reciente del DMC-ODS, las tasas de mortalidad por sobredosis de psicoestimulantes también son más altas para la población de AI/AN (20,5 por 100.000) que para cualquier otro grupo racial/étnico.¹⁹¹
- Los jóvenes y adolescentes de AI / AN en todo el país enfrentan tasas significativamente más altas de depresión, suicidio y SUD que otras poblaciones de adultos jóvenes, pero tienen

¹⁸⁴ Centro de Recursos del Equipo de Intervención en Crisis de la Universidad de Memphis. Disponible en: <http://www.cit.memphis.edu/aboutCIT.php>.

¹⁸⁵ "Comunidades tribales de California", Tribunales de California: La rama judicial de California, 2021. Disponible en <https://www.courts.ca.gov/3066.htm>.

¹⁸⁶ "Gobiernos tribales", Comisión de Indios Nativos Americanos de la Ciudad/Condado de Los Ángeles, 2021. Disponible en <https://lanaic.lacounty.gov/resources/>.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ "Asuntos tribales", SAMHSA, octubre de 2021. Disponible en <https://www.samhsa.gov/tribal-affairs>.¹⁸⁹ "Native and Indigenous Communities and Mental Health," Mental Health America, consultado el 8 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.mhanational.org/issues/native-and-indigenous-comunidades-y-saludmental>.

¹⁹⁰ "California's Tribal ODS & Tribal Medication Assisted Treatment (MAT) Expansion Project Update", DHCS, octubre de 2019. Disponible en https://www.dhcs.ca.gov/Documents/5_California%27s_Tribal_ODS_and_MAT_Expansion_Project_Update.pdf.

¹⁹¹ "Drug Medi-Cal Organized Delivery System FY 2020 Evaluation Report", DHCS, julio de 2021. Disponible en https://www.uclaisap.org/dmc-ods-eval/assets/documents/2020-DMC-ODS-Evaluation-Report-with-Appendices_revised_2021-07-09.pdf .

acceso limitado a servicios e instalaciones de tratamiento centrados en los jóvenes.¹⁹²

- Si bien hay datos limitados sobre aceEs entre los jóvenes y adolescentes de AI / AN, la investigación generalmente muestra que hasta el 74 por ciento de los jóvenes de AI / AN experimentan al menos un evento traumático durante la infancia.¹⁹³

DHCS reconoce los resultados devastadores entre las personas de AI / AN y está trabajando con las comunidades de AI / AN a través del Proyecto Tribal MAT (TMAT) para abordar las necesidades de prevención, tratamiento y recuperación de OUD de California. Comunidades indígenas americanas tribales y urbanas.¹⁹⁴ Específicamente, TMAT y TMAT 2.0 se centran en compartir conocimientos entre las comunidades indígenas tribales y urbanas, los programas de salud y los socios comunitarios en la prevención, el tratamiento y la prevención de OUD y recuperación en California Indian Country.¹⁹⁵ A continuación se proporciona más información sobre las brechas específicas en el continuo de salud conductual para individuos y comunidades de IA/ AN.

Desafíos y oportunidades en los servicios de salud conductual para individuos y comunidades de IA / AN

Como se señaló, existen brechas significativas en el continuo de atención de la salud conductual tanto para jóvenes como para adultos en las comunidades de AI / AN en California, atribuibles a la discriminación sistémica contra las personas y comunidades de AI / AN. En este contexto, es importante comprender las brechas, así como trabajar en asociación con las comunidades de IA / AN para identificar respuestas e intervenciones culturalmente apropiadas. Por ejemplo, los participantes de los grupos focales enfatizaron lo siguiente:

- La importancia de una atención culturalmente receptiva e informada sobre el trauma que reconozca el trauma histórico experimentado por las personas AI/AN y la profunda desconfianza en la atención médica y las instituciones gubernamentales atribuibles a la asimilación forzada. Campañas.
- La integración de las prácticas tradicionales de IA / AN en los servicios de salud conductual, que podrían incluir compartir bendiciones de AI / AN y otras formas tradicionales de prácticas de curación, como logias de sudor y círculos de conversación.
- Una falta significativa de servicios residenciales para los jóvenes de AI / AN, así como para los adultos, que requieren estabilización para las condiciones de salud mental.
- Reconocimiento de las necesidades únicas de las comunidades aisladas y rurales en las que residen algunos individuos de IA/AN, lo que requiere un mayor uso de la telesalud,

¹⁹² "Native American Youth Depression and Suicide", Child Welfare Information Gateway, Departamento de Salud y Servicios Humanos. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. Disponible en <https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/diverse-poblaciones/americanindian/mentalhealth/depression/>.

¹⁹³ Bereiter J, "ACES y por qué son importantes en la atención médica", Servicio de Salud Indígena, 2017.

Disponible en

https://www.ihs.gov/sites/telebehavioral/themes/responsive2017/display_objects/documents/slides/traumainformedcare/aces0617.pdf.

¹⁹⁴ "Proyecto TRIBAL MAT", Proyecto de Expansión MAT de California. Último acceso: 8 de septiembre de 2021.

Disponible en <http://www.californiamat.org/matproject/tribal-mat-program/>.

¹⁹⁵ *Ibíd.*

Finalmente, existen desafíos de coordinación entre los condados, el Servicio Federal de Salud Indígena (IHS) y DHCS. Las partes interesadas compartieron que las comunidades de IA / AN con necesidades de salud conductual se enfrentan a un mosaico de proveedores de servicios, con algunos servicios basados en el condado cubiertos por Medi-Cal y otros servicios proporcionados por IHS. Esta fragmentación se suma a un panorama ya desafiante para las personas con IA / AN que experimentan afecciones de salud conductual.

VII. Desafíos y oportunidades de máxima prioridad

Las partes interesadas identificaron preocupaciones significativas en todos los ámbitos con respecto al continuo de la atención de la salud conductual en California, pero un puñado de problemas surgieron como prioridades urgentes. Muchos de estos ya son un foco de la agenda de salud conductual de DHCS, ofreciendo una oportunidad importante para abordar los desafíos de mayor prioridad que enfrenta el sistema de salud conductual de California. Estos desafíos y oportunidades pueden incorporarse en los esfuerzos más inmediatos de DHCS para reformar Med-Cal para abordar mejor a los adultos que viven con SMI, los niños que viven con SED, las personas que viven con SUD y personas que están involucradas en el sistema de justicia. Como un estudio puntual completado en medio de la implementación de numerosos cambios a gran escala, la Administración espera ver cambios en estos resultados en los próximos años como resultado de inversiones significativas recientes.



California necesita un enfoque integral de los servicios de crisis que enfatice el tratamiento y la prevención basados en la comunidad, y conecte a las personas con los servicios continuos.

California necesita un enfoque integral de los servicios de crisis que enfatice el tratamiento y la prevención basados en la comunidad, y conecte a las personas con los servicios continuos.

La evaluación en el centro de este informe destaca la importancia de un esfuerzo integral y coordinado para desarrollar un continuo de servicios de crisis que aproveche y se base en los muchos iniciativas ya en marcha, incluida la implementación de la línea directa 988 para el 16 de julio de 2022; el Programa de Infraestructura continua I de salud conductual (consulte la Sección 2 para obtener más detalles); y las líneas cálidas y el soporte de chat de CalHOPE 24/7; y el nuevo financiamiento federal mejorado para un beneficio móvil de crisis de Medi-Cal (pendiente de aprobación del presupuesto).

Si bien una pieza clave de cualquier iniciativa de crisis debe incluir quién responde a las llamadas de crisis, idealmente, compañeros y profesionales de la salud conductual que son expertos en la desescalada, también necesita para abordar lo que les sucede a las personas antes y después de tales crisis. Cualquier sistema de crisis debe comenzar con la identificación de formas de evitar la escalada de

problemas de salud mental y uso de sustancias, incluida la oferta de apoyo a través de líneas cálidas entre pares antes de que el estrés se convierta en una crisis. Si es necesario un equipo de respuesta a crisis, es importante contar con asociadas a la hospitalización cuando sea apropiado o al encarcelamiento, incluidas las unidades de estabilización de crisis, los servicios residenciales de crisis, el respiro de crisis. servicios (incluido el respiro entre pares) y centros de sobriedad. En ausencia de equipos de respuesta a crisis, estos mismos

los servicios deben estar disponibles para las fuerzas del orden y otros socorristas como destinos alternativos.

Lo más importante es que la evaluación ilustra la importancia de ver los servicios de crisis como parte del continuo más amplio de salud conductual, asegurando que las personas reciban servicios menos costosos y menos restrictivos. nivel de atención (evitar el uso innecesario de recursos institucionales limitados, como los servicios de urgencias y los hospitales, y ayudar a erradicar la criminalización de los problemas de salud mental y uso de sustancias). Los servicios de crisis deben ser suficientemente financiados por todos los pagadores, incluidos Medicaid y los seguros comerciales, para garantizar que puedan mantener la disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana y responder de manera oportuna a todas las personas en crisis, independientemente del estado del seguro. Si bien habrá una variación regional en la capacidad y los recursos para la prestación de servicios de crisis, las líneas cálidas y los centros de llamadas de crisis deben funcionar de manera comparable en todo el estado. Las muchas iniciativas que ya están en marcha en California están trabajando hacia esta visión.



**Las opciones de vida basadas en la
viven contra**

**hijo esenciales para personas
mentales Tumbas y/o ONU**

La capacidad de camas y las largas esperas en los hospitales psiquiátricos de urgencias y pacientes hospitalizados son los desafíos más evidentes en el sistema de atención de salud conductual de California. La evaluación destaca la importancia de responder a estas necesidades de los estados y desarrollar una estrategia para encontrar formas de ayudar a las personas a vivir vidas independientes y significativas. en sus comunidades. En línea con la visión más amplia de DHCS para CalAIM, esto requiere un cambio fundamental hacia la consideración del Cuidado Integral de la Persona (WPC) que está arraigado en las prioridades de las personas atendidas por el sistema de atención de la salud conductual. El enfoque debe estar centrado en la persona, permitiendo al individuo definir dónde quiere vivir, conectarse con los demás, emplearse y participar en actividades que facilitan la integración comunitaria.

Para la reforma del sistema de atención de salud conductual, este imperativo se traduce en la importancia de abordar el problema básico de la vivienda asequible para las personas que probablemente tengan ingresos bajos o inconsistentes. La vivienda asequible se planteó repetidamente como la barrera más importante para apoyar a las personas a vivir en la comunidad. En términos más generales, apunta a la promesa de modelos de rehabilitación social, tanto para el tratamiento reproductivo a corto plazo como para los programas de vivienda (por ejemplo, ARF), que ofrecen a las personas servicios basados en la comunidad en hogares. entornos que satisfagan sus necesidades, incluidas las habilidades y actividades para la vida, y miren más allá de sus condiciones médicas a los ingredientes clave para una vida significativa y la oportunidad de permanecer en la comunidad.



Más opciones de tratamiento son vitales para los niños y jóvenes que viven con significativos de salud mental y uso de sustancias.

Las partes interesadas en general destacaron la escasez de servicios para los jóvenes que experimentan trastornos por uso de sustancias y la importancia de encontrar formas de ayudar a prevenir comportamientos de riesgo. La brecha más evidente en los servicios es para los jóvenes que requieren tratamiento para el uso de sustancias; El 75 por ciento de los condados (45) informaron una falta de camas residenciales para pacientes jóvenes, y el 68 por ciento (41) informaron que no tenían suficientes proveedores con capacitación y experiencia para cumplir necesidades de los pacientes jóvenes. Como resultado, las opciones de tratamiento SUD para niños y jóvenes, incluida la atención residencial, a veces se mezclan con las opciones de tratamiento para adultos, o en algunos casos, los jóvenes son enviados fuera del estado a recibir atención.

Al mismo tiempo, hubo poco interés en construir camas residenciales para jóvenes sin asegurarse de que se usen lo menos posible. Esto requiere alternativas viables basadas en la comunidad para el tratamiento. Gran parte de la forma en que los niños y los jóvenes tienen éxito está relacionada con su capacidad para permanecer en la escuela y su relación con los padres u otros cuidadores. Por lo tanto, es particularmente problemático que los envíen lejos de sus comunidades y familias para recibir tratamiento. La evaluación destaca la importancia de aumentar el acceso a los servicios ambulatorios y ambulatorios intensivos para los jóvenes que pueden prestarse localmente en las escuelas o vincularse a ellas, a través de la telesalud o a través de servicios intensivos en el hogar. La evaluación también identificó la necesidad de prevención e intervención temprana para el uso o uso indebido de sustancias que podrían proporcionar las escuelas y otras organizaciones comunitarias.

Afortunadamente, California está haciendo inversiones sin precedentes en servicios de salud conductual para niños y jóvenes (ver Iniciativas emergentes y existentes para mejorar la salud conductual de los niños de California y Jóvenes en la Sección 6.1), incluyendo, más notablemente, a través de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes. Esto crea la oportunidad de invertir en prevención, por ejemplo, reduciendo los comportamientos de riesgo, así como para abordar las brechas de tratamiento identificadas en la evaluación.



La prevención y la intervención son fundamentales para y los jóvenes, especialmente aquellos que están en

Si bien las brechas en la atención son evidentes en todo el continuo de atención de la salud conductual para niños y jóvenes, el mayor abismo es la falta de servicios e intervenciones que podrían prevenir niños que desarrollan problemas de salud conductual significativos y a largo plazo.

Los niños que experimentan experiencias adversas en la infancia (ACE) tienen más probabilidades de exhibir comportamientos negativos y más probabilidades de desarrollar comportamientos de riesgo. Los enfoques tradicionales de los

pagadores a menudo no reconocen el pago de actividades de prevención o intervención temprana para abordar estos comportamientos y otros problemas que enfrentan los niños y los jóvenes. La falta de recursos ha dado como resultado que pocos empleados tengan la capacitación y las competencias necesarias para identificar y abordar de manera efectiva los problemas de salud conductual en las primeras etapas de los niños y jóvenes. Si bien la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes y las inversiones recientes en la detección y el tratamiento de los ACE proporcionarán cierto apoyo para las actividades de prevención, hay una serie de otros problemas que experimentan los niños y los jóvenes. Trauma, género

los problemas de identificación y el duelo, tal como se identifican en la evaluación, son algunas de las áreas que se beneficiarían de una evaluación bien organizada y financiada.

Las escuelas pueden desempeñar un papel importante en estas actividades preventivas y de intervención temprana. Ofrecen un lugar seguro, acogedor e inclusivo donde todos los estudiantes pueden prosperar, independientemente de las circunstancias o la ubicación. Los centros de salud escolares, así como los servicios vinculados a la escuela operados por el condado, pueden estar en la mejor posición para desarrollar la capacidad de difundir y mantener los esfuerzos que garanticen que los niños tengan tiempo de acceso a estas actividades e intervenciones. Financiar el apoyo a los programas escolares y vinculados, como se planea en la iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes, brindará a los educadores el apoyo y los recursos que necesitan para tener éxito. Las comunidades escolares que participan en el desarrollo y el apoyo de todo el personal escolar pueden crear una cultura que desarrolle la resiliencia para todos los estudiantes.



Los servicios de salud deben diseñarse y prestarse de manera que promuevan la equidad y aborden las disparidades en el acceso a la atención basadas en raza, el origen étnico y otros factores.

Un tema consistente en la evaluación es la importancia de servicios culturalmente sensibles a través del continuo de cuidado que encuentran las necesidades de gente de géneros variados, sexual Orientaciones razas, y Etnias. Éste Requiere Usando California varios iniciativas de la fuerza laboral Para asegurar ese hay a fuerte centro de atención en contratación y Retención a diverso poner de Proveedores tal como es el foco con mucho de los programas de fuerza laboral a través de Muchas partes de También señaló que la nueva opción de California para que los condados ofrezcan Medi-Cal puede hacer que sea más probable que las personas puedan ver a los algunas de sus experiencias de vida, Como el idioma y los antecedentes

Además, se necesitan iniciativas específicas para las poblaciones marginadas similares al trabajo que ya está en marcha en las comunidades de IA / AN para expandir la medicación para el tratamiento de la adicción (MAT) a través del proyecto Tribal MAT.

California puede aprovechar su Proyecto de Reducción de Disparidades de California (CRDP), una iniciativa de política estatal que se centra en reducir las disparidades de salud mental entre los históricamente desatendidos, desatendidos y comunidades atendidas inapropiadamente, para informar su enfoque para el sistema de salud conductual más amplio. La fase I del proyecto se centró en el desarrollo de un plan estratégico para abordar las disparidades de salud mental a través de evaluaciones específicas de la población e informes de recomendación para cinco poblaciones prioritarias: negros, asiáticos e isleños del Pacífico, latinos, indios americanos/nativos de Alaska y LGBTQ+. Ahora en la Fase II, el CRDP está en el proceso de implementar y evaluar 35 prácticas de evidencia definidas por la comunidad (CDEP) entregadas por organizaciones comunitarias que brindan prevención e



Se puede hacer más de manera consistente y con fidelidad en California fomentar que las prácticas basadas en la evidencia utilicen todo el salud conductual de

A medida que el cuerpo de investigación sobre el tratamiento efectivo para la salud mental y las condiciones de trastorno por uso de sustancias continúa expandiéndose, la evaluación destaca la importancia de abrazar y hacer un uso completo de aquellas iniciativas y opciones de tratamiento que se sabe que son efectivas. Las prácticas basadas en la evidencia pueden mejorar en gran medida las vidas si se implementan de manera amplia y con fidelidad, y es por eso que la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes incluyó una inversión significativa para este propósito. Las prácticas específicas basadas en la evidencia destacadas en esta evaluación incluyen el uso de la gestión de contingencias para los trastornos por uso de estimulantes y una mayor disponibilidad de prácticas basadas en la fidelidad, como el empleo con apoyo, vivienda de apoyo, equipos de tratamiento comunitario asertivo, iniciativas de psicosis de primer episodio y protocolos especializados de trastornos alimentarios. Incluso más allá de estas iniciativas y programas específicos, el campo de la salud conductual continúa evolucionando y produciendo más investigaciones sobre formas efectivas para que los proveedores brindar terapia y otros apoyos de salud conductual. Por ejemplo, la investigación continúa creciendo sobre el valor de la TCC, la TDC, la gestión de contingencias y las entrevistas motivacionales.

Si bien la financiación sostenible para estas prácticas es importante, apoyar a los proveedores para que presten servicios con fidelidad también lo es. California ha tenido éxito en la expansión del uso de MAT en los últimos años, ofreciendo un ejemplo de cómo una combinación de requisitos estatales y del condado, educación de proveedores, apoyo continuo y financiamiento puede ayudar en la difusión de prácticas basadas en la evidencia. Según el Addiction Free California Dashboard, la tasa de prescripción de buprenorfina en California aumentó más del 70% de diciembre de 2009 a diciembre de 2017.¹⁹⁸ Otros estados han tenido un éxito considerable en la creación de Centros de Excelencia (COE) que trabajan con proveedores para ayudarlos a comprender y utilizar prácticas basadas en la evidencia, como la de Nueva York. Center for Culturally Competent Care, Centro de Excelencia de Salud Conductual para Niños y Adolescentes de Ohio y Centros de Excelencia para MAT de Pensilvania. Con sus instituciones académicas líderes, California está particularmente bien posicionada para aprovechar y trabajar con dichas instituciones para apoyar a los proveedores en la implementación de prácticas basadas en la evidencia con fidelidad. Un enfoque de California para desarrollar COE debe considerar los esfuerzos de cambio de práctica existentes y los modelos regionales dada la si ze y la diversidad del Estado.

Además de ampliar la cobertura y el acceso a los EBP en todo el estado, DHCS también reconoce la importancia de mantener las prácticas definidas por la comunidad para las intervenciones de salud conductual. Bajo este modelo, los profesionales basados en la comunidad desarrollan intervenciones que están orientadas a una comunidad o población específica y, a menudo, están basadas

en la cultura.

¹⁹⁸ "Data Dashboard", Addiction Free CA. Disponible en <https://addictionfreeca.org/data-dashboard>.



Es fundamental abordar problemas relacionados con la vivienda, la salud económica y física, de salud conductual, que están involucradas en la justicia.

Las partes interesadas plantearon constantemente la importancia crítica de mejorar los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias para las personas que están involucradas en la justicia, comenzando por reducir el arresto y el encarcelamiento de personas porque están en crisis debido a esas condiciones. A pesar de la realidad actual de que un gran número de personas en las cárceles y prisiones de California están experimentando un trastorno de salud mental y / o uso de sustancias, fue universalmente acordado que las cárceles y prisiones generan más trauma y estrés y no son el lugar adecuado para las personas que viven con condiciones de salud conductual a menos que participen en actividades delictivas que salgan no hay otra opción.

Las implicaciones prácticas incluyen la importancia de implementar un sistema integral de respuesta a las crisis, según la discusión anterior, que reduzca la participación innecesaria de las fuerzas del orden y el encarcelamiento de personas que están teniendo una crisis de salud mental o de uso de sustancias; perseguir la nueva iniciativa de Medi-Cal para ofrecer servicios seleccionados de pre-liberación a las personas que viven con ciertas condiciones de salud conductual; ofrecer capacitación y apoyo a los proveedores para alentar a más de ellos a trabajar con personas que están involucradas en la justicia; involucrar a compañeros que han experimentado encarcelamiento para ofrecer servicios a las personas que salen de la cárcel o prisión; y garantizar que el enfoque wpc de CalAIM refleje los desafíos únicos que enfrentan las personas que están involucradas en la justicia, como las barreras adicionales a la vivienda, el empleo y el tratamiento.

VIII. Implicaciones en todo el continuo de la atención

Junto con los problemas y oportunidades de mayor prioridad descritos anteriormente, numerosas acciones e iniciativas adicionales pueden ayudar a California a fortalecer su sistema de atención de salud conductual. Esta sección revisa algunas de las ideas y estrategias que fueron identificadas por las partes interesadas, los participantes de los grupos focales, las respuestas a la encuesta y los datos adicionales organizados por el continuo de atención descrito en Figura 1b. Para cada área de servicio o desafío, generalmente existe la necesidad de ampliar la capacidad, considerar cambios en las políticas y abordar los problemas de la fuerza laboral que contribuyen a la situación. Para obtener más detalles sobre las estrategias y los esfuerzos realizados para fortalecer la fuerza laboral de salud conductual en California, los lectores pueden querer revisar algunos de los análisis más profundos sobre este tema, que incluyen: materiales de la Comisión de la Fuerza Laboral de Salud Futura de California y el Departamento de Acceso e Información de Atención Médica. Año 199

¹⁹⁹ Más información sobre las recomendaciones de la Comisión de la Fuerza Laboral de Salud Futura de California está disponible en <https://futurehealthworkforce.org/about/>.

8.1 Consideraciones preventivas, de bienestar y ambulatorias

Un tema importante de la evaluación es la importancia de ampliar los servicios de salud conductual preventivos y ambulatorios, particularmente para niños y jóvenes, incluida la integración de servicios para abordar el uso de sustancias y mal uso en entornos escolares. La prevención y la intervención temprana son necesarias para evitar o mejorar las condiciones emergentes de salud conductual, reducir el impacto en los servicios de urgencias y las instalaciones para pacientes hospitalizados, y apoyar el compromiso de California a ver la atención prestada en los entornos menos restrictivos posibles.

La evaluación también identificó una serie de cambios en las políticas que podrían reducir las barreras y aumentar el acceso a los servicios preventivos y ambulatorios. Estos cambios en las políticas pueden proporcionar una dirección nueva y / o más enfocada a varias iniciativas clave que DHCS está dando forma, incluidas las revisiones a las exenciones de demostraciones de Medicaid SUD 1115 y SMI / SED y propuestas de compra basadas en el valor. El Estado trabajará con otras agencias estatales y partes interesadas para revisar las políticas actuales según sea necesario para aumentar el acceso a estos servicios.

En general, la evaluación reforzó la importancia de fortalecer y expandir la fuerza laboral de atención de salud conductual para la intervención temprana (especialmente en las escuelas y a través de las oficinas pediátricas que atienden a los niños antes de la primaria), escuela), bienestar y servicios ambulatorios tradicionales. Las partes interesadas recomendaron programas que buscan alentar a la fuerza laboral existente a permanecer en el campo, aumentar su experiencia y mejorar su eficiencia y ancho de banda. Las partes interesadas también alentaron los esfuerzos para diversificar los tipos de profesionales y entornos que pueden ofrecer servicios ambulatorios de salud conductual.

Las oportunidades de política sugeridas por las partes interesadas incluyen (1) incentivar a los proveedores a adoptar una política de no rechazo para pacientes ambulatorios y otros servicios de salud conductual para personas que están involucradas en la justicia y (2) desarrollar un modelo de tutoría de guardia y telesalud de psiquiatras para proveedores pediátricos y proveedores perinatales para ayudar con la prescripción psicotrópica para niños, sus padres y mujeres embarazadas / posparto, similar a los programas en Massachusetts y otros estados.

8.2 Consideraciones sobre los servicios de crisis

La evaluación reforzó la importancia de las iniciativas de servicios de crisis existentes y propuestas de DHCS, como el plan de utilizar la nueva opción federal para expandir los servicios móviles de crisis para Afiliados a Medi-Cal (pendientes de aprobación del presupuesto) y subvenciones a los condados para la instalación e implementación de servicios de crisis. Otros hallazgos identificaron nuevos servicios potenciales o enfoques renovados para garantizar un continuo completo de servicios de crisis.

DHCS continuará trabajando con otras agencias estatales y partes interesadas para examinar el acceso a los servicios de crisis. Una cuestión identificada por las

partes interesadas fue examinar e identificar las barreras reglamentarias que impiden la prestación de atención integrada de crisis y el tratamiento de SUD, incluida la garantía de que los servicios de crisis ofrecer acceso a MAT para aquellas personas que tienen OUD y un problema de salud mental.

La evaluación identificó oportunidades para mejorar la fuerza laboral de los proveedores de crisis, como la inclusión de proveedores de servicios de apoyo entre pares y personal policial capacitado.

operar en asociación con proveedores de salud conductual, cuando sea necesario para una intervención. Además, los encuestados del grupo focal identificaron la necesidad de capacitación y asistencia técnica sobre la nueva opción federal de crisis móvil en Medi-Cal, pendiente de aprobación del presupuesto (porejemplo, atención informada sobre el trauma, estrategias de desescalada y capacitación en reducción de daños), así como capacitación del centro de llamadas y del personal móvil de crisis sobre temas relacionados con los trastornos por uso de sustancias.

8.3 Consideraciones de apoyo a la comunidad, entre pares y recuperación

La evaluación identificó oportunidades para mejorar diversos apoyos comunitarios, de pares y de recuperación para niños, jóvenes y adultos, incluida la creación de capacidad adicional para la fuerza laboral entre pares y el aprovechamiento del trabajo que ya existe en marcha para proporcionar servicios coordinados de atención especializada a jóvenes y adultos jóvenes que experimentan un episodio inicial de psicosis. Las estrategias adicionales de la fuerza laboral identificadas por las partes interesadas incluyen la creación de un proceso para reclutar y certificar el apoyo entre pares juveniles, los entrenadores de reconocimiento SUD y una fuerza laboral de apoyo entre pares familiares. Los esfuerzos para aumentar el acceso y la calidad de los diversos apoyos comunitarios, de pares y de recuperación tendrán implicaciones en la fuerza laboral.

Los participantes del grupo focal identificaron la necesidad de ampliar la capacidad y garantizar estándares consistentes para los servicios basados en la comunidad, entre pares y de recuperación, que se abordarán en julio de 2022, a medida que DHCS implemente su nuevo peer apoyar los estándares de certificación. Otras estrategias potenciales para garantizar la calidad de los servicios rojos de vida entre pares no necesitarían cambios regulatorios, pero podrían beneficiarse de los procesos para revisar y monitorear los programas para garantizar que cumplan con los existentes. normas. Por ejemplo, las estrategias para revisar los programas que abordan la psicosis del primer episodio podrían promover la alineación con las estrategias existentes de la Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental de California. Otras políticas pueden centrarse en estrategias para incluir el empleo apoyado y la educación apoyada en el programa Medi-Cal.

8.4 Consideraciones sobre los servicios intensivos para pacientes ambulatorios y de tratamiento

La evaluación identificó varias brechas potenciales en los servicios intensivos (basados en la comunidad y en las instalaciones) en los que se recomendó capacidad adicional. Los datos sobre las posibles brechas en la atención psiquiátrica hospitalaria identificados por la Asociación de Hospitales de California y respaldados por los resultados utilizando la Calculadora de Necesidad de Recursos de Crisis mostraron variabilidad en la capacidad existente de camas de hospitalización. La evaluación también identificó la falta de servicios "upstream" (por ejemplo, servicios de crisis) que podrían ser útiles para desviar a las personas de los servicios de urgencias y la posible admisión a estas instalaciones. Además, la evaluación sugirió una capacidad adicional para desviar a las personas del encarcelamiento. También destacó los

cuellos de botella actuales en los servicios que son necesarios para la transición de las personas fuera de estas instalaciones de manera oportuna.

Las partes interesadas también identificaron la necesidad de desarrollar capacidad adicional para los servicios existentes o, en algunos casos, nuevos servicios (por ejemplo, ASAM Nivel 4.0-WM), y recomendaron que DHCS eduque a las organizaciones de atención administrada y hospitales con respecto al beneficio actual de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados (gestión de la abstinencia hospitalaria) para garantizar una mayor disponibilidad de servicios. Las partes interesadas también identificaron la necesidad de programas clínicos y proveedores adicionales para abordar los trastornos alimentarios y aclarar las responsabilidades mutuas de los planes de atención administrada y los planes de salud mental.

Las partes interesadas identificaron la necesidad de cambios en las políticas para abordar las brechas en los servicios intensivos de pacientes ambulatorios y de tratamiento. Las sugerencias incluyen aprovechar el programa de demostración SMI / SED 1115 propuesto para permitir la cobertura de Medi-Cal de equipos ACT de alta fidelidad y equipos ACT forenses, para apoyar programas para desviar a las personas del arresto y encarcelamiento en tratamiento y/o ampliar las opciones de tratamiento para los trastornos alimentarios, y (2) desarrollar estándares y criterios de admisión para el manejo de la abstinencia hospitalaria (también conocido como desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados), de conformidad con los criterios actuales de ASAM.

8.5 Consideraciones sobre los servicios SUD seleccionados

En general, hubo muchos hallazgos que fueron específicos para mejorar los servicios para las personas que viven con SUD. Estos incluyeron hallazgos con respecto a servicios específicos para adultos que viven con SUD y hallazgos relacionados con servicios y enfoques para sustancias específicas o combinaciones de sustancias (por ejemplo, metanfetamina, fentanilo), MAT para OUD, y desnivel de acceso a varios niveles residenciales de atención ASAM Nivel 3.0. Para los adolescentes, las brechas de servicios fueron más pronunciadas. Los datos cuantitativos y cualitativos de las encuestas del condado y los miembros de los grupos focales identificaron una falta de servicios de tratamiento en todos los niveles de atención de SUD. Si bien la exención 1115 SUD DMC-ODS de 2015 proporcionó un importante impulsor en la expansión del acceso y la calidad de los servicios SUD en todo el estado, se produjo poca mejora notable para los adolescentes con SUD. DHCS abordará algunos de estos problemas para adultos y adolescentes en la renovación de la exención SUD 1115 DMC-ODS. Además, las mejoras del programa SUD se incluyeron en la solicitud de California de oportunidades de financiamiento federal disponibles a través de la Ley del Plan de Rescate Americano (ARPA). El programa Tribal MAT del departamento ha apoyado a las poblaciones de IA / AN en los últimos años, y los hallazgos de la evaluación respaldaron mejoras continuas de MAT y otros servicios SUD para esta población.

La evaluación identificó varias barreras políticas que dificultaban el acceso al tratamiento. Algunas de estas barreras requerirían cambios estatutarios para abordar, como actuar sobre la [nueva guía federal](#) para permitir que los medicamentos OUD se dispensen a través de camionetas móviles de tratamiento de narcóticos, para ofrecer acceso a la metadona en regiones sin acceso NTP. Otros podrían abordarse a través de cambios regulatorios, como la modificación de los estándares de licencia y certificación para aumentar la autoridad de supervisión de los programas de tratamiento para garantizar que los clientes con OUD sean se ofreció MAT, ya sea en el sitio o a través de referencia. Otras barreras se abordarán a través de las actualizaciones de CalAIM al programa DMC-ODS y el nuevo piloto de manejo de contingencias para el trastorno por uso de estimulantes. Estos esfuerzos requerirán que DHCS continúe trabajando con las partes interesadas en una serie de estrategias planificadas para el año calendario 2022 y más allá para implementar estas actualizaciones.

Los resultados de la evaluación proporcionan orientación para diversas estrategias

destinadas a la mano de obra. Si bien DHCS reconoce que los esfuerzos de reclutamiento y retención serán imperativos en todas las áreas de salud conductual y otras áreas de servicios sociales, pueden ser necesarias estrategias más específicas para mejorar la capacidad y competencias de la fuerza laboral que atiende a las personas que viven con SUD. Estas estrategias pueden centrarse en los esfuerzos de implementación que resultan de los cambios de capacidad y políticas específicos de los servicios sudamericanos. Al igual que estos esfuerzos, las consideraciones para el desarrollo de la fuerza laboral serán

impulsado por los cambios en la exención SUD 1115 DMC-ODS, los esfuerzos de implementación para abordar el trastorno por uso de estimulantes y otras iniciativas planificadas.

IX. Conclusión

En resumen, DHCS recopiló datos de múltiples fuentes, incluido el análisis cuantitativo y la contribución cualitativa de grupos focales y encuestas, con el objetivo de documentar el estado de la capacidad de salud conductual en California, con un enfoque particular en Medi-Cal. DHCS tiene muchas iniciativas importantes de salud conductual en marcha para abordar los problemas que surgen en este informe. La evaluación también ayudará a informar el trabajo futuro, incluida la orientación para la implementación del Comportamiento Health Continuum Infrastructure Program (BHCIP) y la propuesta de California para la Exención de Demostración 1115 de SMI / SED. Los hallazgos clave incluyen:

- Es fundamental tener un enfoque integral de los servicios de salud conductual que enfatice el tratamiento basado en la comunidad, desvíe a las personas de los costosos servicios hospitalarios y la participación con la aplicación de la ley y conecte a las personas con la atención médica continua. servicios, incluidos los apoyos a la vivienda y la vivienda.
- Más opciones de tratamiento basadas en la comunidad son esenciales para las personas que viven con enfermedades mentales graves y/o un trastorno por uso de sustancias, existe una profunda necesidad de más opciones de vida basadas en la comunidad para promover la comunidad. inclusión.
- Más opciones de tratamiento son vitales para los niños y jóvenes que viven con trastornos significativos de salud mental y uso de sustancias.
- La prevención y la intervención temprana proporcionadas a través de las escuelas y otras organizaciones comunitarias son fundamentales para los niños y los jóvenes, especialmente para aquellos que están en alto riesgo.
- Los servicios de salud conductual deben diseñarse y prestarse de manera que promuevan la equidad y aborden las disparidades en el acceso a la atención basadas en la raza, el origen étnico y otros factores.
- Una fuerza laboral de salud grande y diversa puede apoyar la expansión y sostenibilidad de los servicios de salud mental y SUD, incluidos los esfuerzos para reclutar y capacitar al personal de apoyo de pares y entrenadores de recuperación.
- Se puede hacer más para fomentar que las prácticas basadas en la evidencia se utilicen de manera consistente y con fidelidad en todo el sistema de salud conductual de California.
- Es fundamental abordar de manera más efectiva los problemas de salud conductual, y los problemas relacionados con la vivienda, la salud económica y física, de las personas que están involucradas en la justicia.

En los próximos meses y años, DHCS continuará revisando y actualizando estos hallazgos para informar su proceso de implementación de iniciativas existentes y desarrollo de otras nuevas. Esta evaluación es un comienzo sustancial y pretende servir como una fuente de información que DHCS puede consultar en su trabajo. DHCS recomienda un trabajo más profundo para comprender y analizar el estado actual de la situación con respecto al papel de las aseguradoras comerciales

en la prestación de servicios de salud conductual; el papel de la financiación de MHSA; el uso de fondos de reajuste y otras cuestiones. A medida que continúa su trabajo, DHCS espera consultar continuamente con las personas que viven con afecciones de salud conductual, sus familias y cuidadores, condados, proveedores, planes y otras partes interesadas que comparten el compromiso de mejorar el sistema de salud conductual de California.

Apéndice A – Lista de acrónimos

<u>Acrónimo</u>	<u>Definición</u>
ACA	Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
Ases	experiencias adversas en la infancia
ACF	Administración para Niños y Familias
ACTUAR	Tratamiento comunitario asertivo
IA/AN	Indio Americano/Nativo de Alaska
AMI	cualquier enfermedad mental
AOT	tratamiento ambulatorio asistido
ARPA	Ley del Plan de Rescate Americano de 2021
ASAM	Sociedad Americana de Medicina de la Adicción
BHCIP	Programa de Infraestructura Continua de Salud conductual
BSCC	Junta de Correcciones Estatales y Comunitarias
CalAIM	California avanza e innova medi-cal
CBHSQ	Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento
CBO	Organización basada en la comunidad
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
CHIP	Programa de Seguro de Salud para Niños
CDCR	Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California
CIT	equipo de intervención en crisis
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
CRAFFT	Coche, Relájese, Solo, Olvidar, Amigos, Herramienta de detección de
CRTPs	Programas de tratamiento residencial de crisis
CSOC	Sistema de Atención Infantil
CSU	unidades de estabilización de crisis
DBT	Terapia Dialéctica Conductual
DEA	Administración para el Control de Drogas (DEA, por
DHCS	Departamento de Servicios de Atención Médica
DMC-ODS	Sistema de administración organizada de medicamentos medi-cal
Eds	departamentos de emergencia
EPSDT	Beneficio de detección temprana y periódica, diagnóstico y
ERISA	Ley de Ingresos y Seguridad de Jubilación de los Empleados de 1974

Definición de acrónimo

FEP	psicosis del primer episodio
FFS	pago por servicio
FPL (en inglés)	Nivel federal de pobreza
FQHC	Centros de salud calificados a nivel federal
FSP	Asociación de servicio completo
PIELES	Sistema de Respuesta Urgente Familiar
HPSA	áreas de escasez de profesionales de la salud
IHS	Servicio de Salud Indígena
ILOS	En lugar de servicios
IMDs	Instituciones para las Enfermedades Mentales
IOP	Programas Ambulatorios Intensivos
LOS	duración de la estancia
ESTERA	medicamentos para el tratamiento de la adicción (también conocido como tratamiento asistido por medicamentos)
MCO	organizaciones de atención administrada
MCP	planes de atención administrada
MHPAEA	Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en la Adicción
MHRCs	centros de rehabilitación de salud mental
MHSA	Ley de Servicios de Salud Mental
NASMHPD	Asociación Nacional de Directores estatales de programas de salud mental
NIMBY	"No en mi patio trasero"
NP	enfermeras practicantes
NSDUH	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas y Salud
PNT	Programas de tratamiento de narcóticos
OTP	Programas de tratamiento con opioides
ODD	trastorno por uso de opioides
Pas	asistentes médicos
PHF	centro de salud psiquiátrica
PHPs	Programas de hospitalización parcial
PRTF	Instalaciones de tratamiento residencial psiquiátrico
SAMHSA	Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental
SBIRT	Detección, intervención breve y derivación a tratamiento

Definición de acrónimo

Acuerdos	de caso único de las SCA
SED	trastorno emocional grave
SMHS	Servicios especializados de
salud mental	SMI enfermedad mental grave
	Instalaciones de enfermería especializada de SNF
Seguridad	de Ingreso Suplementario de SSI
STRTP	Programas terapéuticos residenciales a
corto plazo	SUDTrastorno por uso de sustancias
	Proyecto TMAT Tribal MAT
	Código de Bienestar e Instituciones de WIC
Gestión	de retiros WM
WPC	Cuidado Integral de la Persona

Apéndice B – Datos

Tabla 1. Tasas de afecciones de salud conductual entre adultos mayores de 18 años de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud 2019

	Cualquier enfermedad mental	Enfermedad mental grave (SMI)	Trastorno por consumo de drogas ilícitas	Trastorno por consumo de alcohol	Cualquier trastorno por uso de sustancias (SUD)
Grupo de edad	blanco en				
De 18 a 25 años	29.4%	8.6%	7.5%	9.3%	14.1%
De 26 a 49 años	19.2%	6.8%	3.7%	7.0%	9.6%
Mayores de 50	14.1%	2.9%	1.0%	3.4%	4.1%
Género	Celda				
Masculino	16.3%	3.9%	3.7%	7.3%	10.0%
Hembra	24.5%	6.5%	2.3%	4.0%	5.6%
Raza/etnia	Celda				
No hispano	21.1%	5.3%	3.0%	5.7%	7.8%
Blanco	22.2%	5.7%	2.9%	6.0%	8.1%
Negro	17.3%	4.0%	3.3%	5.1%	7.6%
Indio americano/nativo de Alaska	18.7%	6.7%	4.5%	6.8%	10.2%
Hawaiano nativo/isleño del Pacífico	16.6%	2.6%	2.9%	5.7%	8.3%
Asiático	14.4%	3.1%	1.7%	3.6%	4.6%
Dos o más	31.7%	9.3%	5.9%	7.6%	11.9%
Hispanico	18.0%	4.9%	2.9%	5.1%	7.0%
Empleo	Celda en				
Empleados a tiempo	19.2%	4.6%	2.7%	6.7%	8.6%
Empleados a tiempo	25.0%	6.8%	3.8%	5.7%	8.1%
Desempleado	27.7%	8.4%	9.9%	9.5%	16.1%

	Cualquier	droga Cualquier de sustancias Trastorno (SMI)	ilícita enfermedad por enfermedad	grave Uso mental Trastorno	Alcohol Uso por uso
Otro	20.1%	5.2%	2.2%	3.6%	5.3%
Región					
Nordeste	19.7%	4.7%	2.9%	5.2%	7.2%
Midwest	22.1%	5.6%	3.0%	6.2%	8.2%
Sur	19.2%	5.0%	2.4%	5.0%	6.7%
Oeste	22.1%	5.7%	3.9%	6.5%	9.2%
Área					
Gran metro	20.2%	4.8%	3.1%	5.8%	7.9%
Pequeño metro	20.9%	5.7%	2.9%	5.6%	7.6%
Nometro	21.2%	5.9%	2.6%	5.1%	7.0%
Ingresos en blanco					
Menos del 100% del nivel federal de pobreza (FPL)	26.7%	8.9%	5.3%	6.1%	9.8%
100%-199% FPL	23.7%	6.8%	3.3%	5.3%	7.8%
200% o más FPL	18.5%	4.3%	2.4%	5.6%	7.2%
Educativo Celda					
Logro					
< Secundaria	18.3%	4.3%	3.3%	5.4%	7.7%
Graduado de la escuela	19.3%	5.1%	3.5%	5.2%	7.9%
Alguna universidad	23.7%	7.0%	3.7%	6.1%	8.7%
Graduado universita	19.5%	4.1%	1.7%	5.4%	6.8%
Salud Celda					
blanco Seguro de Cobertura					
Privado	18.6%	4.3%	2.1%	5.4%	7.0%
Medicaid/CHIP	31.2%	10.1%	5.9%	6.3%	10.9%

	Cualquier enfermedad mental	Enfermedad mental grave (SMI)	Trastorno por consumo de drogas ilícitas	Trastorno por consumo de alcohol	Cualquier trastorno por uso de sustancias (SUD)
Otro	16.8%	3.8%	1.3%	3.3%	4.0%
Sin cobertura	21.8%	6.0%	5.7%	7.6%	11.3%

Fuentes:

[SAMHSA NSDUHD Tablas de datos de SMI para adultos 2018-19](#) [SAMHSA NSDUHD Tablas de datos SUD para adultos 2018-19](#)

Advertencias: Estos resultados se extraen directamente de los resultados de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud 2019. Estos resultados se basan en las respuestas de la encuesta, que pueden ser propensas a la subnotificación. Se pueden encontrar detalles adicionales sobre el NSDUH y las limitaciones inherentes en el sitio web de NSDUH.

Tabla 2. Tasas de SMI, SED y SUD por condado entre los inscritos de Medi-Cal en 2019

Condado	Tasa SED	Tasa SMI	Tasa SUD Mayores	Tasa SUD Edad 12-17
Alameda	2.8%	5.9%	3.3%	1.4%
Alpino	*	8.3%	*	0.5%
Amador	3.1%	10.4%	4.6%	0.0%
Colina aislada	5.1%	9.1%	6.3%	*
Calaveras	4.7%	10.0%	3.5%	0.9%
Colusa	1.7%	6.5%	2.1%	0.8%
Contra Costa	3.1%	6.5%	3.5%	*
Del Norte	7.8%	10.2%	4.9%	0.6%
El Dorado	3.9%	8.5%	5.6%	1.7%
Fresno	2.5%	5.6%	3.1%	1.3%
Glenn	3.8%	7.3%	4.2%	0.8%
Humboldt	4.7%	8.8%	6.7%	0.8%
Imperial	2.3%	6.1%	3.2%	0.9%
Inyo	3.2%	7.4%	4.5%	1.6%
Kern	2.5%	5.9%	3.4%	1.8%
Reyes	2.2%	6.6%	3.9%	0.6%
Lago	3.5%	9.9%	7.2%	1.4%
Lassen	3.4%	10.3%	4.8%	1.5%
Los Ángeles	3.0%	5.7%	2.3%	1.5%
Madera	2.6%	5.0%	2.4%	0.7%
Marin	3.9%	8.3%	4.5%	0.9%

Mariposa	6.0%	10.4%	4.6%	1.1%
Mendocino	5.8%	9.1%	6.1%	2.4%

Condado	Tasa SED	Tasa SMI	Tasa SUD Mayores	Tasa SUD Edad 12-17
Merced	2.1%	5.9%	3.3%	2.1%
Modoc	3.9%	9.8%	6.0%	0.8%
Mono	0.8%	5.0%	2.4%	*
Monterey	2.2%	5.3%	3.6%	*
Napa	3.4%	7.3%	3.7%	1.3%
Nevada	4.7%	9.9%	6.6%	0.9%
Naranja	2.4%	5.2%	2.6%	1.2%
Placer	2.3%	8.3%	4.6%	0.9%
Plumas	6.0%	12.1%	3.9%	0.7%
Ribera	2.6%	7.1%	3.9%	*
Sacramento	2.5%	7.1%	3.7%	1.0%
San Benito	2.5%	4.9%	2.6%	0.4%
San Bernardino	2.9%	6.9%	3.5%	0.9%
San Diego	2.4%	8.2%	4.1%	0.7%
San Francisco	2.4%	7.0%	5.0%	1.2%
San Joaquín	1.9%	5.4%	4.2%	0.5%
San Luis Obispo	3.7%	9.7%	7.5%	0.5%
San Mateo	2.5%	5.7%	2.8%	1.5%
Santa Bárbara	2.7%	6.7%	4.7%	0.9%
Santa Clara	3.0%	4.9%	2.5%	1.2%
Santa Cruz	3.2%	8.7%	5.4%	1.2%
Shasta	5.5%	11.8%	8.0%	1.0%
Sierra	*	4.1%	3.3%	1.1%
Siskiyou	6.0%	10.3%	4.8%	0.0%
Solano	3.1%	6.7%	4.0%	1.5%
Sonoma	3.4%	8.3%	5.3%	0.5%
Stanislaus	2.3%	6.0%	4.1%	1.0%
Sutter	2.6%	5.6%	3.4%	0.7%
Tehama	3.4%	9.8%	4.6%	0.6%
Trinidad	5.5%	7.4%	5.0%	0.4%
Tulare	2.8%	5.4%	2.8%	*
Tuolumne	4.5%	11.4%	6.1%	1.1%
Ventura	2.6%	6.6%	3.8%	1.2%
Yolo	3.1%	7.7%	4.1%	1.2%
Yuba	2.7%	8.2%	5.9%	0.7%
DESCONOCIDO	2.6%	5.0%	1.5%	0.3%

Fuente: Análisis de los datos de reclamaciones administrativas de Medi-Cal.

* Las tarifas para estos condados son censuradas debido al pequeño tamaño de la muestra.

Advertencias: Estos resultados se basan en análisis de los datos de reclamos administrativos de Medicaid de California. El código de diagnóstico y las medidas proxy basadas en la utilización se desarrollaron para

estimar las tasas de SED, SMI y SUD entre la población de Medi-Cal por condado. Una descripción completa de estas medidas indirectas y sus limitaciones inherentes se puede encontrar en el Apéndice C, a continuación. En general, es probable que estas medidas indirectas subestimen la verdadera prevalencia de estas afecciones porque no logran capturar a las personas que no se involucran activamente con la salud. sistema de atención. Además, las medidas indirectas basadas en códigos de diagnóstico no capturan todos los matices de los diagnósticos consistentes con el DSM relacionados con estas afecciones.

Tabla 3. Tasas de afecciones de salud conductual entre personas de 12 a 17 años de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud de 2019

	Episodio depresivo mayor	Episodio depresivo mayor con deterioro	Trastorno por consumo de drogas	Trastorno por consumo de alcohol	Cualquier SUD
Grupo de edad	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco
De 12 a 13	10.5%	6.8%	0.8%	0.2%	0.9%
De 14 a 15	16.4%	11.9%	3.9%	1.4%	4.8%
De 16 a 17	20.1%	14.5%	6.1%	3.4%	7.9%
Género	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco
Masculino	8.8%	6.0%	3.4%	1.3%	4.0%
Hembra	23.0%	16.5%	3.8%	2.1%	5.0%
Raza/etnia	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco	Celda en blanco
No hispano	15.2%	11.0%	3.4%	1.7%	4.3%
Blanco	15.9%	11.4%	3.5%	2.2%	4.7%
Negro	11.4%	8.0%	3.5%	0.3%	3.7%
IA/AN	12.2%	11.5%	7.2%	3.2%	8.9%
Asiático	15.1%	11.3%	1.3%	0.2%	1.3%
Dos o más	20.9%	14.9%	4.3%	1.4%	5.1%
Hispanico	17.3%	11.7%	4.2%	1.7%	5.0%
Región	blanco	Celda	Celda	Celda	Celda
Nordeste	13.8%	9.5%	3.7%	1.8%	4.4%
Midwest	16.4%	11.8%	3.5%	1.9%	4.7%
Sur	15.1%	10.9%	3.0%	1.3%	3.7%
Oeste	17.5%	22.9%	4.6%	1.9%	5.6%
Área metropolitana	Celda	Celda	Celda	Celda	Celda en blanco
Gran metro	15.9%	11.3%	3.9%	1.6%	4.6%
Pequeño	16.0%	11.4%	3.5%	1.6%	4.6%
Nometro	14.6%	9.9%	2.6%	2.1%	4.0%
Ingresos	blanco	blanco	en blanco	en blanco	Celda en blanco
Menos del 100% FPL	14.0%	10.0%	3.9%	1.4%	4.7%

	Episodio depresivo mayor	Episodio depresivo mayor con deterioro	Trastorno por consumo de drogas	Trastorno por consumo de alcohol	Cualquier SUD
100%-199% FPL	16.0%	11.5%	4.3%	1.6%	5.0%
200% o más FPL	16.2%	11.4%	3.2%	1.8%	4.2%
Estado				blanco	en blanco
Cobertura					
Privado	16.0%	10.9%	3.1%	1.7%	4.1%
Medicaid/CHIP	15.3%	11.2%	4.2%	1.7%	5.0%
Otro	15.9%	13.2%	4.1%	1.8%	5.3%
Sin cobertura	16.3%	10.5%	4.2%	1.4%	5.0%

Fuentes:

[SAMHSA NSDUHD Tablas de datos de salud mental infantil /](#)

[juvenil 2018-19 SAMHSA NSDUHD Tablas de datos SUD](#)

[infantiles / juveniles 2018-19](#)

Advertencias: Estos resultados se extraen directamente de los resultados de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud 2019. Estos resultados se basan en las respuestas de la encuesta, que pueden ser propensas a la subnotificación. Se pueden encontrar detalles adicionales sobre el NSDUH y las limitaciones inherentes en el sitio web de NSDUH.

Tabla 4. Instalaciones que brindan tratamiento ambulatorio de salud mental o SUD y número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia con planes SMHS del condado, por condado

Condado	Clínicas Comunitarias de Salud Mental	Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC)	Otros centros de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Número de PACIENTES AMBULATORIOS SUD Instalaciones de tratamiento	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado por cada 10,000 residentes
Alameda	6	3	20	29	532	3.2
Alpino	0	0	1	1	4	38.5
Amador	0	0	1	1	14	3.6

Colina aislada	1	0	4	8	124	5.5
-----------------------	---	---	---	---	-----	-----

Condado	Clínicas Comunitarias de Salud Mental	Centros de Salud Federalm ente Calificados (FQHC)	Otros centros de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Número de PACIENTES AMBULATORIOS SUD Instalaciones de tratamiento	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado por cada 10,000 residentes
Calaveras	0	0	1	1	21	4.6
Colusa	1	0	0	1	8	3.7
Contra Costa	3	1	10	21	681	6.0
Del Norte	0	0	3	2	11	4.0
El Dorado	1	0	2	4	70	3.7
Fresno	0	0	13	22	473	4.8
Glenn	0	0	0	3	22	7.9
Humboldt	0	1	4	7	88	6.5
Imperial	0	0	1	4	42	2.3
Inyo	1	0	0	2	9	5.0
Kern	0	1	11	21	339	3.8
Reyes	0	0	0	3	50	3.3
Lago	0	1	0	4	25	3.9
Lassen	0	0	1	2	5	1.6
Los Ángeles	38	10	128	195	4,490	4.5
Madera	0	0	3	2	53	3.4
Marin	2	0	6	13	107	4.1
Mariposa	0	0	1	1	22	12.6
Mendocino	0	2	3	6	56	6.4
Merced	0	0	5	4	146	5.4
Modoc	0	0	0	2	8	9.0
Mono	0	0	0	1	5	3.5
Monterey	0	1	7	12	253	5.8
Napa	0	0	4	3	49	3.5
Nevada	1	0	2	4	63	6.3

Condado	Clínicas Comunitarias de Salud Mental	Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC)	Otros centros de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Número de PACIENTES AMBULATORIOS SUD Instalaciones de tratamiento	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado por cada 10,000 residentes
Naranja	0	5	40	73	831	2.6
Placer	0	0	5	8	125	3.2
Plumas	0	0	1	0	16	8.6
Ribera	1	1	17	37	652	2.7
Sacramento	3	3	19	18	336	2.2
San Benito	0	0	1	1	18	3.0
San Bernardino	3	5	20	30	812	3.8
San Diego	1	8	32	78	812	2.4
San Francisco	5	2	14	17	613	7.0
San Joaquín	1	0	3	11	164	2.2
San Luis Obispo	4	0	1	4	181	6.4
San Mateo	0	1	6	8	195	2.5
Santa Bárbara	0	1	9	17	195	4.4
Santa Clara	1	2	22	22	599	3.1
Santa Cruz	0	0	2	6	119	4.3
Shasta	1	0	4	8	93	5.2
Sierra	0	0	2	2	3	9.9
Siskiyou	0	0	2	3	16	3.7
Solano	1	0	6	6	165	3.7
Sonoma	2	0	7	8	106	2.1
Stanislaus	0	1	3	10	189	3.5
Sutter	1	2	3	2	74	4.3
Tehama	0	0	0	2	25	3.9

Condado	Clínicas Comunitarias de Salud Mental	Centros de Salud Federalm ente Calificados (FQHC)	Otros centros de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios	Número de PACIENTES AMBULATORIOS SUD Instalaciones de tratamiento	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado	Número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia del plan SMHS del condado por cada 10,000 residentes
Trinidad	2	0	0	1	11	8.7
Tulare	0	0	4	8	170	3.7
Tuolumne	0	0	1	2	15	2.8
Ventura	0	0	14	15	312	3.7
Yolo	1	0	4	6	75	3.5
Yuba	0	1	1	3	*	3.2
Total	81	52	474	785	14,692	3.7

*Nota: El condado de Yuba envía datos de la fuerza laboral conjuntamente con el condado de Sutter.

Fuentes: Los datos sobre CMHC, FQHC y centros de tratamiento ambulatorio de salud mental / SUD se extrajeron del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA. Los datos sobre el número de proveedores de salud conductual no psiquiatras con licencia con planes SMHS del condado fueron proporcionados por DHCS.

Advertencias: El número de centros ambulatorios de salud mental y SUD documentados en esta tabla se identificaron utilizando el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA. Es probable que haya instalaciones adicionales que brinden servicios ambulatorios de salud mental y tratamiento SUD que no están documentados en el localizador de tratamiento samHSA. El Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA cubre instalaciones financiadas por el estado, instalaciones administradas por los Estados Unidos. Departamento de Asuntos de Veteranos y/o instalaciones privadas con fines de lucro y sin fines de lucro que tienen licencia del estado o de una organización nacional de acreditación de tratamiento como The Joint Commission o el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad. Sin embargo, el localizador generalmente no proporciona información sobre individuos en la práctica privada o una práctica de grupos pequeños a menos que tengan licencia o estén certificados como clínica. Los datos sobre el número de proveedores de salud conductual sinn-psiquiatras con licencia con planes SMHS del condado se extrajeron de los datos de adecuación de la red proporcionados por DHCS. Estos recuentos solo reflejan el número de proveedores de salud conductual inscritos en Medi-Cal con licencia con planes SMHS del condado. Los proveedores adicionales de salud conductual en el estado que no tienen licencia con los planes SMHS del

condado no se capturan aquí.

Tabla 5. Instalaciones que brindan servicios de tratamiento intensivo seleccionados para la salud mental o SUD de acuerdo con el Localizador de servicios de tratamiento de salud conductual de SAMHSA

Condado	Hospitalización parcial por salud mental	Hospitalización parcial por SUD	Servicios ambulatorios intensivos para SUD
Alameda	1	6	19
Alpino	0	0	1
Amador	0	0	0
Colina aislada	0	0	5
Calaveras	0	0	0
Colusa	0	0	0
Contra Costa	2	1	15
Del Norte	0	0	1
El Dorado	0	1	3
Fresno	0	2	10
Glenn	0	0	2
Humboldt	0	1	3
Imperial	0	0	2
Inyo	0	0	2
Kern	0	2	15
Reyes	0	0	0
Lago	0	0	2
Lassen	0	0	0
Los Ángeles	12	49	117
Madera	0	0	2
Marin	0	3	12
Mariposa	0	0	0
Mendocino	0	0	3
Merced	0	0	3
Modoc	0	0	1
Mono	0	0	1
Monterey	0	6	9
Napa	0	0	2
Nevada	0	1	3
Naranja	5	51	61
Placer	0	1	6
Plumas	0	0	0
Ribera	1	16	25
Sacramento	0	5	7
San Benito	0	0	0
San Bernardino	0	10	19
San Diego	8	20	51

Condado	Hospitalización parcial por salud mental	Hospitalización parcial por SUD	Servicios ambulatorios intensivos para SUD
San Francisco	0	1	5
San Joaquín	0	1	2
San Luis Obispo	0	2	3
San Mateo	0	1	6
Santa Bárbara	1	2	11
Santa Clara	1	7	10
Santa Cruz	0	1	3
Shasta	0	0	3
Sierra	0	0	0
Siskiyou	0	0	1
Solano	0	2	3
Sonoma	0	1	4
Stanislaus	0	4	7
Sutter	0	0	2
Tehama	0	0	1
Trinidad	0	0	0
Tulare	0	2	4
Tuolumne	0	0	1
Ventura	2	5	11
Yolo	0	0	3
Yuba	0	1	2
Total	33	205	484

Fuente: Los datos se extrajeron del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA.

Advertencias: Estos resultados se basan en el análisis del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA. Estos resultados solo capturan las instalaciones incluidas en el localizador de servicios de tratamiento que tienen banderas que indican que las instalaciones brindan hospitalización parcial o servicios ambulatorios intensivos para el tratamiento de la salud mental. o SUD. Como se mencionó anteriormente, el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA puede no capturar todas las instalaciones que brindan servicios ambulatorios de salud mental y tratamiento SUD en el estado. También es posible que al localizador de tratamiento le falten variables indicadoras relevantes para algunas instalaciones que, de hecho, brindan hospitalización parcial o servicios ambulatorios intensivos.

Tabla 6. **Programas de tratamiento de narcóticos y prescriptores de buprenorfina exentos de la DEA por condado**

Condados	NTP Instalaciones	Capacidad total del paciente con buprenorfina exenta de la DEA	Capacidad de pacientes con buprenorfina por cada 100,000
Alameda	8	17,230	1,101
Alpino	0		
Amador	1	1,535	4,077
Colina aislada	1	3,040	1,367
Calaveras	0	220	486
Colusa	0	60	281
Contra Costa	4	14,965	1,382
Del Norte	0	310	1,107
El Dorado	1	3,030	1,661
Fresno	5	5,380	567
Glenn	0	130	465
Humboldt	1	3,910	2,902
Imperial	2	2,095	1,191
Inyo	0	580	3,163
Kern	5	5,845	683
Reyes	0	1,875	1,241
Lago	0	1,075	1,673
Lassen	0	320	965
Los Ángeles	44	88,615	890
Madera	0	580	381
Marin	1	5,205	2,034
Mariposa	0	365	2,036
Mendocino	0	2,140	2,445
Merced	1	1,150	440
Modoc	0	30	323
Mono	0	270	1,912
Monterey	2	6,210	1,467
Napa	0	2,540	1,835
Nevada	1	1,570	1,592
Naranja	5	30,215	981
Placer	1	4,450	1,233
Plumas	0	150	774
Ribera	5	15,190	671
Sacramento	6	24,685	1,697
San Benito	4	465	816
San Bernardino	10	15,065	725
San Diego	13	35,615	1,120

Condados	NTP Instalaciones	Capacidad total del paciente con buprenorfina exenta de la DEA	Capacidad de pacientes con buprenorfina por cada 100,000
San Francisco	7	29,565	3,554
San Joaquín	1	4,805	683
San Luis Obispo	1	4,165	1,518
San Mateo	2	8,530	1,154
Santa Bárbara	4	5,540	1,284
Santa Clara	2	18,930	1,028
Santa Cruz	1	4,285	1,606
Shasta	0	4,495	2,522
Sierra	0	275	8,929
Siskiyou	0	600	1,359
Solano	2	5,330	1,258
Sonoma	2	8,600	1,754
Stanislaus	3	3,175	605
Sutter	0	510	537
Tehama	0	180	285
Trinidad	0	100	748
Tulare	3	2,560	570
Tuolumne	0	1,055	1,930
Ventura	5	8,310	998
Yolo	1	1,090	530
Yuba	2	585	798

Fuentes: [Los datos sobre los NTP con licencia están disponibles a través de DHCS](#)

Datos sobre la capacidad de prescripción de buprenorfina exenta de la DEA de la DEA de los Estados Unidos.

Advertencias: La DEA de los Estados Unidos recopila datos sobre todos los prescriptores de buprenorfina exentos de la DEA, incluida la capacidad total del paciente que una persona puede tratar con buprenorfina. Los resúmenes de estos datos se pueden encontrar en el panel de datos de Addiction Free California producido como parte del proyecto de expansión de California MAT. Estos datos fueron proporcionados por los administradores del sitio web de Addiction Free California para el propósito de esta evaluación. Estos datos capturan la carga total de casos potenciales de buprenorfina por condado en lugar del número de pacientes que reciben activamente buprenorfina.

Investigaciones anteriores sugieren que muchos prescriptores de buprenorfina no tratan a todos sus pacientes potenciales, y algunos proveedores no recetan buprenorfina en absoluto a pesar de tener una exención de la DEA.

Tabla 7. Instalaciones residenciales de tratamiento SUD por condado

Condado	ASAM Nivel 3.1	ASAM Nivel 3.3	ASAM Nivel 3.5	ASAM Nivel 3.7
Alameda	9	4	9	0
Alpino	0	0	0	0
Amador	0	0	0	0
Colina aislada	0	0	0	0
Calaveras	0	0	0	0
Colusa	0	0	0	0
Contra Costa	12	2	4	0
Del Norte	0	0	0	0
El Dorado	3	0	0	0
Fresno	4	0	3	0
Glenn	0	0	0	0
Humboldt	0	1	1	0
Imperial	0	0	0	0
Inyo	0	0	0	0
Kern	5	0	5	0
Reyes	0	0	0	0
Lago	2	0	1	0
Lassen	0	0	0	0
Los Ángeles	78	18	65	1
Madera	0	0	0	0
Marin	3	0	3	0
Mariposa	0	0	0	0
Mendocino	1	0	0	0
Merced	2	0	0	0
Modoc	0	0	0	0
Mono	0	0	0	0
Monterey	4	0	4	0
Napa	1	0	1	0
Nevada	2	0	2	0
Naranja	8	1	5	0
Placer	1	0	1	0
Plumas	0	0	0	0
Ribera	11	2	19	0
Sacramento	9	0	6	0
San Benito	1	0	1	0
San Bernardino	8	0	8	0
San Diego	27	2	19	0

Condado	ASAM Nivel 3.1	ASAM Nivel 3.3	ASAM Nivel 3.5	ASAM Nivel 3.7
San Francisco	7	3	3	0
San Joaquín	1	0	1	0
San Luis Obispo	1	0	0	0
San Mateo	9	0	7	0
Santa Bárbara	6	0	2	0
Santa Clara	6	3	5	0
Santa Cruz	5	0	2	0
Shasta	5	0	4	0
Sierra	0	0	0	0
Siskiyou	0	0	0	0
Solano	4	0	0	0
Sonoma	0	0	0	0
Stanislaus	4	0	3	0
Sutter	1	0	1	0
Tehama	0	0	0	0
Trinidad	0	0	0	0
Tulare	5	0	4	0
Tuolumne	0	0	0	0
Ventura	1	0	1	0
Yolo	1	0	1	0
Yuba	1	0	1	0
Total	256	36	191	1

Fuente: Los datos se extrajeron de los informes de proveedores de DMC-ODS proporcionados por DHCS.

Advertencias: Estos datos se basan en los informes de los proveedores de DMC-ODS. Estos informes documentan los diferentes tipos de servicios prestados por las instalaciones con licencia DMC-ODS. Estos informes no capturan instalaciones que no están autorizadas por DMC-ODS. Es posible que las instalaciones de tratamiento SUD adicionales en el estado que brindan servicios de tratamiento residencial consistentes con ASAM no se documenten aquí.

Tabla 8. Programas de Rehabilitación Social por Condado

Condado	Programas de Rehabilitación Social con licencia del DSS	Número de camas disponibles entre los programas de rehabilitación social afiliados a la Asociación de Agencias de Rehabilitación Social de California		
		Tratamiento residencial	Tratamiento residencial	Tratamiento Residencial Transitorio
Alameda	8	0	0	0
Colina aislada	2	0	0	0
Contra Costa	5	0	0	0
Fresno	4	0	0	0
Humboldt	1	0	0	0
Imperial	1	0	0	0
Kern	2	0	0	0
Los Ángeles	34	24	0	0
Marin	1	10	42	0
Merced	1	0	0	0
Monterey	3	28	0	1
Napa	2	8	0	1
Nevada	1	0	0	0
Naranja	39	0	0	0
Placer	1	0	0	0
Ribera	6	0	0	0
Sacramento	9	45	0	0
San Bernardino	12	0	0	0
San Diego	15	0	0	0
San Francisco	17	48	0	13
San Joaquín	5	0	0	0
San Luis Obispo	1	0	0	1
San Mateo	5	16	0	2
Santa Bárbara	4	0	0	0
Santa Clara	9	62	45	0
Santa Cruz	3	0	0	0
Shasta	2	0	0	0
Solano	2	0	0	0
Sonoma	6	20	0	1
Ventura	7	0	0	0
Yolo	2	0	0	0

Fuente: Los datos de licencia de rehabilitación social se obtuvieron del Departamento de Servicios Sociales de California. Los datos sobre el número de camas disponibles entre los programas de rehabilitación social afiliados a la Asociación de Agencias de Rehabilitación Social de California se obtuvieron a través de correspondencia personal en noviembre, 2021

Advertencias: California autoriza los entornos residenciales transitorios y a largo plazo y los programas de tratamiento residencial de crisis como programas de rehabilitación social y no diferencia entre los diferentes entornos. Los datos proporcionados por la Asociación de Agencias de Rehabilitación Social de California pueden no incluir información completa de todas las organizaciones miembros.

Tabla 9. **Equipos móviles de crisis disponibles por condado en 2021**

Condado	Número de equipos móviles
Alameda	5
Alpino	0
Amador	1
Colina aislada	2
Calaveras	2
Colusa	1
Contra Costa	4.5
Del Norte	0
El Dorado	2
Fresno	1
Glenn	1
Humboldt	2
Imperial	1
Inyo	1
Kern	13
Reyes	1
Lago	7
Lassen	0
Los Ángeles	171
Madera	1
Marin	1
Mariposa	1
Mendocino	1

Condado	Número de equipos móviles
Merced	2
Modoc	0
Mono	0
Monterey	2
Napa	0
Nevada	2
Naranja	25
Placer	3
Plumas	0
Ribera	12
Sacramento	8
San Benito	1
San Bernardino	18
San Diego	2
San Francisco	3
San Joaquín	4
San Luis Obispo	2
San Mateo	1
Santa Bárbara	3
Santa Clara	10
Santa Cruz	7
Shasta	2
Sierra	0
Siskiyou	0
Solano	4
Sonoma	3
Stanislaus	0
Sutter	0
Tehama	0
Trinidad	0
Tulare	2
Tuolumne	3

Condado	Número de equipos móviles
Ventura	1
Yolo	4
Yuba	0
Total	343.5

Fuente: Los datos se obtuvieron de una encuesta a los directores de salud conductual del condado.

Advertencias: Estos resultados se basan en encuestas realizadas con los directores de salud conductual del condado. Se pidió a los directores que informaran el número de equipos móviles de respuesta a crisis operativos en su condado. Los condados tienen diferentes definiciones de lo que constituye un equipo móvil de respuesta a crisis. Estos equipos pueden variar en tamaño y alcance (por ejemplo, algunos solo pueden servir a poblaciones seleccionadas o solo pueden operar durante días / horas limitadas). Tampoco está claro a cuántas personas puede servir cada equipo.

Tabla 10. Instalaciones que proporcionan administración de retiros ambulatorios o residenciales por condado

Condados	Manejo ambulatorio de la abstinencia	ASAM Nivel 3.2-WM	ASAM Nivel 3.7-WM	ASAM Nivel 4.0-WM
Alameda	0	1	0	0
Alpino	0	0	0	0
Amador	0	0	0	0
Colina aislada	0	0	0	0
Calaveras	0	0	0	0
Colusa	0	0	0	0
Contra Costa	1	5	0	0
Del Norte	0	0	0	0
El Dorado	0	0	0	0
Fresno	1	2	0	0
Glenn	0	0	0	0
Humboldt	0	1	0	0
Imperial	1	0	0	0
Inyo	0	0	0	0
Kern	1	2	0	0
Reyes	0	0	0	0

Lago	0	0	0	0
------	---	---	---	---

Condados	Manejo ambulatorio de la abstinencia	ASAM Nivel 3.2-WM	ASAM Nivel 3.7-WM	ASAM Nivel 4.0-WM
Lassen	0	0	0	0
Los Ángeles	36	41	3	3
Madera	0	0	0	0
Marin	1	1	0	0
Mariposa	0	0	0	0
Mendocino	0	1	0	0
Merced	1	0	0	0
Modoc	0	0	0	0
Mono	0	0	0	0
Monterey	0	3	0	0
Napa	0	1	0	0
Nevada	0	2	0	0
Naranja	7	4	0	0
Placer	0	2	0	0
Plumas	0	0	0	0
Ribera	6	6	0	0
Sacramento	1	3	0	0
San Benito	0	1	0	0
San Bernardino	1	3	0	0
San Diego	8	5	0	0
San Francisco	0	4	0	0
San Joaquín	0	1	0	0
San Luis Obispo	2	0	0	0
San Mateo	1	0	0	0
Santa Bárbara	0	4	0	0
Santa Clara	0	3	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0
Shasta	0	1	0	0
Sierra	0	0	0	0
Siskiyou	0	1	0	0
Solano	0	2	0	0
Sonoma	0	0	0	0

Condados	Manejo ambulatorio de la abstinencia	ASAM Nivel 3.2-WM	ASAM Nivel 3.7-WM	ASAM Nivel 4.0-WM
Stanislaus	0	2	0	0
Sutter	0	1	0	0
Tehama	0	0	0	0
Trinidad	0	0	0	0
Tulare	0	3	0	0
Tuolumne	0	0	0	0
Ventura	1	1	0	0
Yolo	0	0	0	0
Yuba	0	1	0	0
Total	69	108	3	3

Fuentes: Las instalaciones que brindan administración de retiros ambulatorios se identificaron utilizando datos de certificación del programa de alcohol y drogas de DHCS, y las instalaciones que brindan administración de retiros residenciales se identificaron utilizando informes de proveedores de DMC-ODS de DHCS.

Advertencias: Las instalaciones que brindan servicios de gestión de retiros residenciales se identificaron utilizando los informes de proveedores de DMC-ODS proporcionados por DHCS. Como se mencionó anteriormente, estos informes solo incluyen instalaciones que están autorizadas por DMC-ODS. Puede haber instalaciones adicionales en el estado que proporcionen servicios de administración de retiros consistentes con ASAM que no tengan licencia de DMC-ODS.

Tabla 11. Disponibilidad de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados por Covered California Region

Región cubierta de California	Total de camas disponibles para la región	Excedente neto de camas/brecha por región según la calculadora de
Condados del Norte	116	-20
Área Norte de la Bahía	235	75
Gran Sacramento	440	127
Condado de San Francisco	175	-85
Condado de Contra Costa	116	3
Condado de Alameda	339	160
Condado de Santa Clara	246	6
Condado de San Mateo	62	-51
Condados de Santa Cruz, San Benito y Monterey	56	-12
Valle Central	227	35
Condados de Fresno, Kings y Madera	93	-12
Costa Central	162	14
Condados del Este	0	-11
Condado de Kern	37	-57
Condado de Los Ángeles	2,143	854
Inland Empire (Imperio del	532	63
Condado de Orange	442	3
Condado de San Diego	661	166

Fuentes: Los datos sobre camas de hospitalización se obtuvieron a partir de datos de licencia de DHCS. El excedente neto de camas/brecha por región se basa en un análisis de los resultados de la Calculadora de Recursos de Crisis Now. La información sobre las regiones de Covered California está disponible en [2021 QHP QDP Region Map_11022020.pdf \(coveredca.com\)](#).

Advertencias: El número de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados en cada condado se evaluó utilizando datos de licencia de DHCS. Algunas instalaciones con licencia pueden tener camas que están suspendidas, que no se capturan en estos datos de licencia. El superávit neto de camas/brecha por región se evaluó sobre la base de un análisis de los datos de la Calculadora de Recursos de Crisis Now. Esta calculadora estima el número de camas que se necesitan para atender a la población en una región determinada. Esta calculadora no tiene en cuenta la variación regional en las tasas de afecciones de salud mental o la disponibilidad de otros proveedores intermedios, los cuales pueden afectar la necesidad local de camas psiquiátricas para pacientes

hospitalizados.

Apéndice C – Enfoque y metodología

Esta evaluación fue preparada por el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) con la asistencia de Manatt Health Strategies y el Dr. Anton Nigusse Bland. Se basa en un diseño de métodos mixtos, que se basa en fuentes de datos cuantitativas y cualitativas. Con respecto a los datos cuantitativos, la evaluación se basó principalmente en datos secundarios e informes existentes disponibles del estado, así como en fuentes de datos externas (por ejemplo, el Encuesta de Uso de Drogas y Salud (NSDUH) y el Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (en adelante, "el Localizador de Tratamiento"). Los datos cualitativos se recopilaron a través de una encuesta, entrevistas y grupos focales de partes interesadas entre julio y septiembre de 2021.

Establecimiento del marco para un continuo básico de atención

Los principios clave y el continuo básico de atención utilizados en esta evaluación se desarrollaron sobre la base de documentos fuente de agencias federales y organizaciones y asociaciones nacionales que describen la variedad de servicios y otros atributos (políticas, calidad de la atención y principios) que deben existir en un sistema integral y robusto de atención conductual. Estos incluyen:

- Descripción de SAMHSA de un buen y moderno sistema de servicios de adicciones y salud mental ²⁰⁰
- DHCS' 2012 Evaluación de necesidades del Sistema de Salud Mental y Uso de Sustancias de California ²⁰¹
- Varias directrices federales sobre los servicios de salud conductual de CMS, SAMHSA y el Instituto Nacional de Salud Mental ^{202,203,204}
- Descripción de los niveles de atención de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) ²⁰⁵
- Administración para Niños y Familias Título IV-E Servicios de Prevención Clearinghouse ²⁰⁶

²⁰⁰ Descripción de un sistema de servicios de salud mental y adicciones buenas y modernas, SAMHSA, abril de 2011. Disponible en https://www.samhsa.gov/sites/default/files/good_and_modern_4_18_2011_508.pdf.

²⁰¹ Disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/1115%20Waiver%20Behavioral%20Health%20Services%20Needs%20Assessment%203%201%2012.pdf>.

²⁰² Servicios de Salud del Comportamiento, Medicaid.gov. Disponible en <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/behavioral-health-services/index.html>. ²⁰³

Directrices Nacionales para la Atención de Crisis de Salud Conductual, SAMHSA.

Disponible en <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf>.

²⁰⁴ Disponible en <https://www.nimh.nih.gov/health>.

²⁰⁵ Disponible en <https://www.asamcontinuum.org/knowledgebase/what-are-the-asam-levels-of->

care/.

²⁰⁶ Disponible en <https://www.acf.hhs.gov/opre/project/title-iv-e-prevention-services-clearinghouse-2018-2023>.

Estos materiales no proporcionan una lista exhaustiva de todos los servicios de salud conductual que podrían incluirse en un continuo de atención. Sin embargo, las agencias federales y estatales se han basado en estos documentos para identificar qué servicios deberían estar disponibles para las personas que viven con necesidades de salud mental y SUD, independientemente de fuente del pagador. Evaluaciones de necesidades similares realizadas en otros estados y jurisdicciones se han basado en estas fuentes para comparar qué servicios básicos "están" disponibles versus qué "deberían estar" disponibles.

La información específica de California recopilada a través de las fuentes de datos cualitativos se utilizó para adaptar el continuo de servicios al entorno único de California. Por ejemplo, el continuo incluye servicios y tipos de proveedores que son específicos de California (por ejemplo, el Programa de Tratamiento Residencial de Crisis). Si bien el continuo de atención está diseñado para ayudar a guiar la evaluación, incluye algunos servicios para los cuales aún no se dispone de datos.

Recopilación de datos cuantitativos

La evaluación utilizó datos cuantitativos para capturar la prevalencia de condiciones de salud conductual en California, así como para hacer un balance de la disponibilidad de servicios de tratamiento de salud conductual en cada condado. Los datos de reclamos administrativos de NSDUH y Medi-Cal (el programa estatal de Medicaid) se utilizaron para cuantificar la prevalencia de afecciones de salud conductual en cada condado de California. Los datos de licencia y certificación, el Localizador de tratamiento y otros informes secundarios de agencias estatales y grupos de partes interesadas se utilizaron para identificar la disponibilidad de diferentes recursos de tratamiento de salud conductual en cada condado. En general, los datos sobre la disponibilidad de recursos de tratamiento se analizaron evaluando la ausencia o presencia de programas de tratamiento en cada condado. En algunos casos, la disponibilidad se cuantificó calculando el número de instalaciones de tratamiento (o ranuras/camas) per cápita en cada condado. En muchos casos, los datos a nivel de condado no estaban fácilmente disponibles.

A continuación se proporciona información adicional sobre las fuentes de datos y cómo se utilizaron para informar la evaluación:

- *El NSDUH.* SAMHSA administra el NSDUH para estimar la prevalencia de las condiciones de salud mental, SUD y otros comportamientos relacionados con la salud. Los datos de la encuesta NSDUH se utilizaron en esta evaluación para comparar la prevalencia de afecciones de salud conductual en California con las tasas nacionales. Estos datos también se utilizaron para examinar las características demográficas asociadas con las condiciones de salud conductual a nivel nacional. Los datos de NSDUH utilizados para esta evaluación están disponibles en informes públicos disponibles en el sitio web de [NSDUH](#).
- *Datos de reclamos administrativos de Medi-Cal.* Los datos de reclamos administrativos de Medi-Cal del año calendario 2019 se utilizaron para cuantificar el número de afiliados de ayuda médica con SMI, SED y SUD en cada condado de California. Si bien el NSDUH produce una estimación estatal para el número total de personas que viven con SMI y SUD, no proporciona esta

información a nivel de condado. La evaluación utiliza datos de reclamos para complementar los datos de prevalencia de la NSDUH con el fin de comprender las variaciones a nivel de condado en la prevalencia de afecciones de salud conductual. Si bien estos datos solo incluyen a los afiliados a Medi-Cal, aún proporcionan información útil sobre la amplia variación en las tasas de afecciones de salud conductual en diferentes regiones del estado.

- *Cálculo de tasas de SMI, SED y SUD utilizando datos de reclamaciones administrativas.*

Se utilizaron medidas indirectas para evaluar las tasas de SMI, SED y SUD utilizando

Datos de reclamos administrativos de Medi-Cal. Estas medidas indirectas generalmente se basaron en combinaciones de códigos de diagnóstico de la CIE-10, así como en la utilización de servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Los adultos mayores de 18 años fueron identificados como portadores de SMI si tenían al menos un reclamo de paciente hospitalizado o ambulatorio con un código de diagnóstico primario de CIE-10 correspondiente a esquizofrenia, trastorno bipolar, o depresión mayor. Las personas también se clasificaron como SMI si tenían al menos un reclamo de paciente hospitalizado con un código de ingresos correspondiente al tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Se utilizaron criterios ligeramente diferentes para identificar a los individuos menores de 18 años con SED. Los individuos se clasificaron como con SED si tenían al menos una reclamación con un diagnóstico primario de CIE-10 código correspondiente a esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo o trastornos alimentarios. También se consideró que las personas tenían SED si tenían al menos un reclamo de paciente hospitalizado con un código de ingresos correspondiente al tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Finalmente, se identificó que los individuos tenían SUD si tenían al menos una reclamación con un código de diagnóstico primario de CIE-10 correspondiente al trastorno por consumo de alcohol, uso de opioides trastorno, trastorno por uso de hormigas de estímulo u otros trastornos por uso de sustancias.

- *Limitaciones de las medidas indirectas utilizadas para calcular las tasas de SMI, SED y SUD utilizando datos de reclamaciones administrativas.* Las medidas de representación descritas anteriormente son propensas a varias limitaciones notables. Por un lado, hay muchos casos en los que estas medidas indirectas solo pueden identificar a las personas que tienen SMI / SED / SUD si están recibiendo tratamiento activo para una de estas afecciones. Una persona debe tener alguna interacción con el sistema de atención médica para que se genere un reclamo de Medicaid con un código de diagnóstico ICD-10. En muchos casos, esta interacción a menudo implica la recepción de un tratamiento o servicio relacionado con el código de diagnóstico primario. Con esto en mente, las medidas indirectas basadas en el diagnóstico pueden subestimar la verdadera prevalencia de una afección al capturar solo a las personas que tienen interacciones con la atención médica. sistema relacionado con esa condición. Por el contrario, estas medidas indirectas basadas en el diagnóstico también pueden afectar la prevalencia poblacional de estas afecciones. Por ejemplo, el NSDUH define a las personas que viven con SMI como aquellas que tienen condiciones de salud mental diagnosticables de "duración suficiente para cumplir con los criterios de diagnóstico en el DSM-IV. Los códigos de la CIE-10 relacionados con el trastorno bipolar, la esquizofrenia, etc., no implican necesariamente diagnósticos consistentes con el DSM-IV. En muchos casos, el umbral para recibir un diagnóstico consistente con el DSM-IV es más alto que el umbral para recibir un código de diagnóstico de CIE-10. Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 tampoco nos permiten evaluar la duración,

por lo que las personas con códigos de diagnóstico de la CIE-10 relacionados con el SMI pueden no tener salud mental. condiciones para una duración suficiente para cumplir el umbral del DSM-IV para un SMI.

- *Datos de Licencia y Certificación.* Esta evaluación empleó una serie de datos de licencia y certificación de DHCS, el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento de Salud Pública, el Departamento de Hospitales Estatales, la Oficina de Statewide Health Planning and Development, y la Junta Médica de California para cuantificar la disponibilidad de recursos de tratamiento de salud conductual en cada condado de California. Específicamente, estos datos se utilizaron para identificar psiquiatras y otros profesionales de la salud conductual, así como instalaciones de tratamiento que brindan servicios de crisis,

tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamiento SUD y manejo de la abstinencia (WM). La mayoría de estos datos de licencias y certificaciones están disponibles a través de informes públicos publicados en el [Portal de Datos Abiertos de Salud y Servicios Humanos de California](#).

- *Localizador de tratamiento SAMHSA.* Treatment Locator es una herramienta desarrollada por SAMHSA para ayudar a las personas a identificar los recursos disponibles de salud mental y tratamiento de SUD. El Localizador de Tratamiento se compila a partir de las respuestas a la Encuesta Nacional de Servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias de SAMHSA y la Encuesta Nacional de Servicios de Salud Mental. Estos datos incluyen información sobre instalaciones que brindan tratamiento de salud conductual y son financiadas por una agencia estatal. Estos datos también incluyen información sobre instalaciones privadas y sin fines de lucro que tienen licencia de una agencia estatal o nacional para proporcionar servicios de tratamiento conductual. Estos datos se utilizaron para identificar la disponibilidad de recursos de tratamiento que no son fácilmente identificables utilizando datos de licencia y certificación del estado. Específicamente, el Localizador de Tratamiento se utilizó para cuantificar los siguientes tipos de instalaciones a nivel de condado:
 - Centros Comunitarios de Salud Mental
 - Centros de salud calificados a nivel federal
 - Instalaciones que brindan tratamiento ambulatorio de salud mental
 - Instalaciones que brindan tratamiento ambulatorio intensivo o servicios de hospitalización parcial
 - Instalaciones que brindan tratamiento comunitario asertivo
- Los datos del Localizador de Tratamiento se pueden descargar de forma gratuita desde el [sitio web de SAMHSA](#). Si bien los datos del localizador de tratamiento son muy valiosos, no están exentos de limitaciones. En particular, debe tenerse en cuenta que esta herramienta puede no incluir a todos los proveedores de salud conductual. Por ejemplo, es posible que la herramienta no incluya instalaciones de tratamiento sin licencia o instalaciones exentas de licencia. El localizador tampoco suele proporcionar información sobre individuos en la práctica privada o una práctica de grupos pequeños a menos que tengan licencia o estén certificados como clínica. Aunque el Localizador de tratamiento no es una base de datos completa de todos los proveedores de tratamiento de salud conductual, proporciona información útil sobre la disponibilidad general de servicios de tratamiento ambulatorio a nivel de condado. Por ejemplo, el Localizador de Tratamiento samHSA incluye información sobre la disponibilidad de prescriptores de buprenorfina exentos de la DEA que generalmente es consistente con los datos proporcionados directamente por la DEA. Los datos del Localizador de Tratamiento indican que hay dos condados en California que no tienen ningún prescriptor de buprenorfina exento de la DEA disponible. Comparativamente, los datos de la DEA de los Estados Unidos sugieren que solo hay un condado que no tiene prescriptores de buprenorfina disponibles. Puede encontrar información adicional sobre las instalaciones de tratamiento que se incluyen en el Localizador de tratamiento en la página web de SAMHSA.
- *Otros informes secundarios.* Esta evaluación también se basó en una

variedad de otros informes y datos secundarios que fueron desarrollados por agencias estatales de California y otros grupos de partes interesadas. Por ejemplo, la disponibilidad de servicios de salud basados en la escuela en cada condado se cuantificó utilizando datos recopilados por la Alianza de Salud Basada en La Escuela de California. Los servicios de tratamiento de salud conductual para las poblaciones que están involucradas en la justicia generalmente se identificaron utilizando informes

- Hubo desafíos en la evaluación de la prevalencia de condiciones de salud conductual y la necesidad de servicios entre la población de California debido a la falta de recopilación y disponibilidad de datos consistentes, particularmente entre las personas que están involucradas en el sistema de justicia penal, las personas sin hogar y las personas con IA / AN.
- La evaluación no pudo evaluar metódicamente el acceso y la utilización de los servicios de salud conductual, excepto con respecto a algunos de los datos de reclamos disponibles sobre los afiliados a Medi-Cal.
- La evaluación no evalúa la integración de los servicios de salud física y mental en todo el estado.
- La evaluación no examina la calidad de los servicios e instalaciones de salud conductual; esto se consideró fuera de alcance dados los datos y las limitaciones de tiempo.
- Si bien la evaluación intentó involucrar a una amplia gama de partes interesadas a través de la encuesta, las entrevistas y los grupos focales, DHCS reconoce que la participación de las partes interesadas no pudo ser tan completa como se deseaba debido a al calendario truncado para la elaboración del informe.

Apéndice D – Evaluación de la necesidad

Para evaluar la idoneidad del sistema actual de atención de salud conductual de California, es importante comprender la prevalencia de los trastornos de salud mental y uso de sustancias en el estado. ¿Cuántos niños y adultos en California enfrentan tales problemas? ¿Cuánto varía la prevalencia entre los condados y por características como la raza y el origen étnico? No existe una fuente de datos perfecta que capture la verdadera prevalencia poblacional de afecciones de salud mental o trastornos por uso de sustancias. Muchas fuentes de datos calculan las tasas de estas afecciones utilizando encuestas autoinformadas, que pueden ser propensas a no informarse lo suficiente. Otras fuentes de datos se basan en datos de reclamaciones administrativas que no logran capturar a las personas que no utilizan activamente los servicios de atención médica.

A los efectos de esta evaluación, las tasas de condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias se evaluaron principalmente utilizando datos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH). Administrado por SAMHSA, el NSDUH se puede utilizar para estimar la prevalencia de afecciones de salud mental, SUD y otros comportamientos relacionados con la salud.²⁰⁷ Puede proporcionar información a nivel estatal, pero no datos específicos del condado. Para proporcionar algunos datos específicos del condado, esta evaluación también se basa en los datos de reclamos administrativos de Medi-Cal y otras fuentes de información específicas de California.

En general, como se describe en detalle a continuación, estos datos sugieren que:

- Cerca de uno de cada 20 adultos de California (4.5 por ciento) tiene SMI, y más del doble tienen SUD (9.2 por ciento).
- California tiene una tasa marginalmente alta de SUD y una tasa más baja de SMI en comparación con los Estados Unidos en general. población mayor de 18 años.
- Las tasas de SMI a nivel nacional tienden a ser más altas entre los individuos de AI / AN y las personas que informan ser de dos o más razas.
- En California, las tasas de SMI y SUD son más altas entre las personas de 18 a 25 años.
- Las tasas de SED entre los niños negros y latinos en California son más altas en relación con otros grupos raciales / étnicos, y las tasas de SED entre los niños son más altas entre los grupos de bajos ingresos.²⁰⁸
- Entre las personas que están involucradas en la justicia en California y en todo el país, las tasas de SMI y SUD son marcadamente más altas en relación con la población general. Por ejemplo, los informes del Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (CDCR) sugieren que el 6.4 por ciento y el 80 por ciento de las personas en prisión en California tienen SMI. o SUD, respectivamente, en comparación con solo el 4,5 por ciento y el 9,2 por ciento entre la población general, respectivamente.

²⁰⁷ NSDUH. Acerca de la encuesta. Último acceso: 8 de septiembre de 2021.

https://nsduhweb.rti.org/respweb/about_nsduh.html.

²⁰⁸ "Salud mental en California. Para demasiados, no les importa. Fundación de Atención Médica de California, 2018. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/12/MentalHealthCA2018.pdf>.

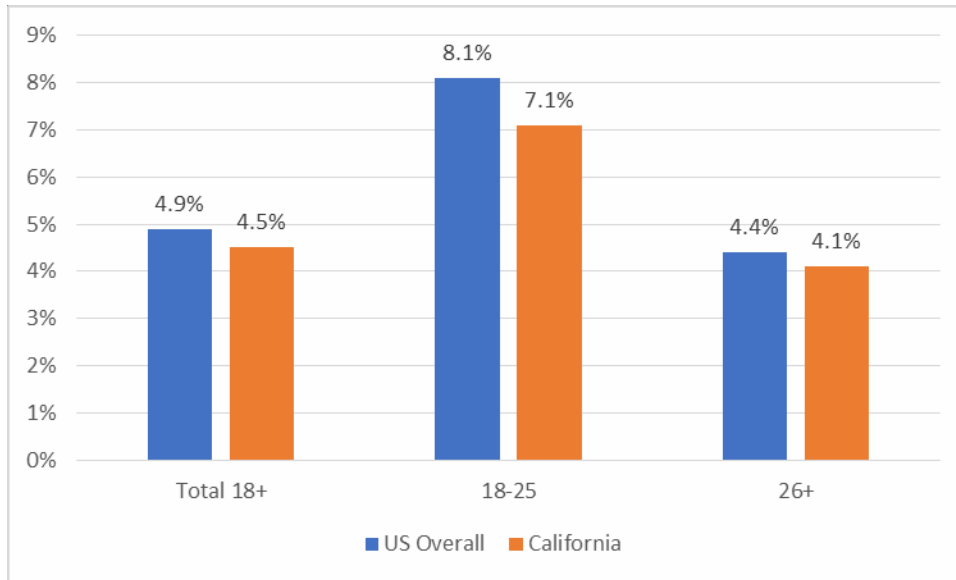
SMI entre adultos

El porcentaje estimado de adultos que viven con SMI en los Estados Unidos ha aumentado considerablemente en los últimos años, del 3.7 por ciento en 2008 al 5.2 por ciento en 2019.²⁰⁹ En el Apéndice B, la Tabla 1 muestra las tasas nacionales de SMI entre los adultos mayores de 18 años estratificadas por diversas características demográficas de interés. Los resultados de NSDUH sugieren que la tasa de SMI de 2018 a 2019 en California fue marginalmente más baja (4.5 por ciento) que la tasa general entre los Estados Unidos. población adulta (4.9 por ciento) para ese período.²¹⁰

²⁰⁹ Lipari RN. "Indicadores clave de uso de sustancias y salud mental en los Estados Unidos: Resultados de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud 2019". Publicado en línea 2019:114.

²¹⁰<https://www.samtiene.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf>.

Figura D-1. Porcentaje de personas mayores de 18 años con SMI en California en relación con UU. en general de 2018 y 2019 de NSDUH Data²¹¹



Según el NSDUH, la tasa de SMI entre los afiliados a Medicaid a nivel nacional (8.1 por ciento) es sustancialmente más alta que la tasa entre las personas con cualquier otro tipo de seguro y también es más alta que la tasa entre las personas que no tienen seguro.²¹²

Los datos de reclamos administrativos de Medicaid de California también proporcionaron una imagen del número de afiliados a Medi-Cal que tenían SMI en 2019. Se utilizaron medidas indirectas basadas en los códigos de diagnóstico de la CIE-10 y la utilización de servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados para estimar la tasa de SMI entre los afiliados adultos de Medi-Cal mayores de 18 años. En el Apéndice C figura información adicional sobre estas medidas indirectas. Este análisis sugiere que el 6.3 por ciento de los afiliados adultos de Medi-Cal tenían SMI en 2019. Esta tasa difiere de las informadas por el NSDUH anteriormente porque esas tasas se basan en medidas indirectas calculadas utilizando datos de reclamaciones administrativas. Las limitaciones asociadas con estas medidas indirectas se describen con más detalle en el Apéndice C. A nivel de condado, las tasas de SMI entre los afiliados a Medi-Cal variaron desde un máximo de 12.1 por ciento en el condado de Plumas hasta un mínimo de 4.1 por ciento en el condado de Sierra. La Figura D-2 a continuación muestra los porcentajes de adultos inscritos en Medi-Cal con SMI en cada condado en 2019. Estos datos también se muestran en el cuadro 2 del apéndice B.

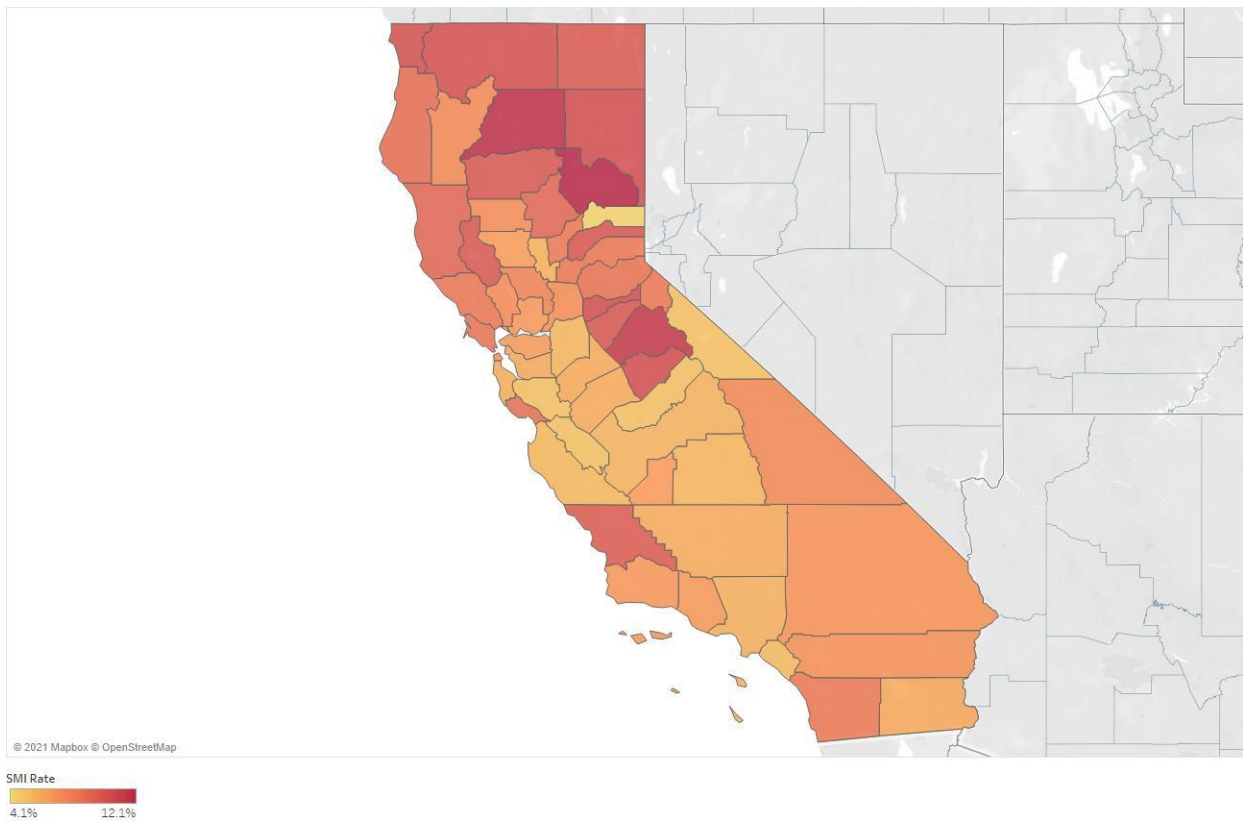
Los adultos que viven con SMI a menudo reciben tratamiento a través de planes de salud mental especializados contratados por el condado. DHCS produce informes disponibles públicamente que documentan el número de

²¹¹ *Ibíd.*

²¹² Resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud 2019: Tablas Detalladas, SAMHSA, CBHSQ. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. <https://www.samtiene.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf>.

Los afiliados a Medi-Cal reciben servicios de salud mental especializados.²¹³ Estos datos indican que aproximadamente el 3.8 por ciento de los adultos inscritos en Medi-Cal recibieron un servicio especializado de salud mental en 2019. La discrepancia entre el número de personas que reciben servicios especializados de salud mental (3.8 por ciento) y el número de afiliados a Medi-Cal identificados con SMI utilizando medidas de representación (6.5 porcentaje) implica que muchos afiliados con SMI no reciben los servicios de Medi-Cal SMHS.

Figura D-2. Porcentaje de adultos inscritos en Medi-Cal identificados con SMI utilizando los datos de reclamos de Medicaidde California -Medidas de representación basadas en 2019



SUD entre adultos

En el Apéndice B, la Tabla 1 también muestra los datos de NSDUH que estiman las tasas nacionales de trastorno por consumo de alcohol y SUD entre adultos mayores de 18 años estratificadas por características demográficas de interés. Las tasas de SUD tendieron a ser más altas entre los hombres, las personas con IA / AN, las personas que están desempleadas y las personas que no tienen seguro.²¹⁴ Las estimaciones de NSDUH sugieren que la tasa de SUD entre los adultos en California (9.2 por ciento) es marginalmente más alta que la tasa entre los Estados Unidos en general. población (7,7 por ciento).²¹⁵

²¹³ Adult Population Performance Dashboard, CHHS Open Data. Disponible en

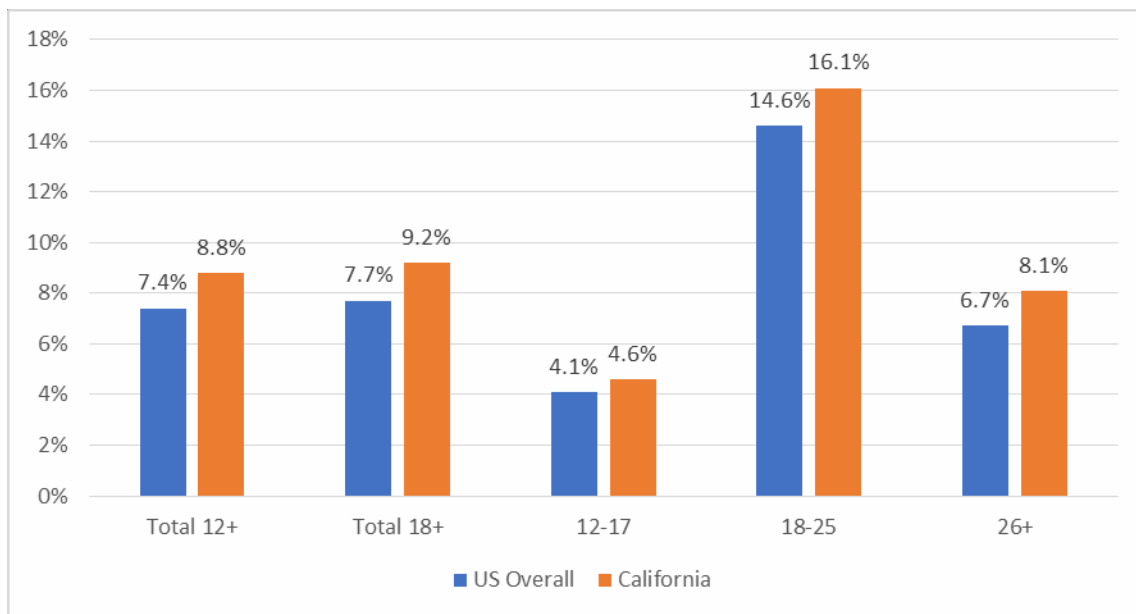
<https://data.chhs.ca.gov/dataset/adult-population-performance>.²¹⁴ *Ibíd.*

²¹⁵ *Ibíd.*

Además de capturar la prevalencia de SUD, las versiones anteriores de la NSDUH también estimaron el porcentaje de individuos que recibieron tratamiento. Estos datos sugieren que de 2010 a 2014, en promedio, solo el 7 por ciento de los adultos en California con trastorno por consumo de alcohol y el 12 por ciento de los adultos que viven con delitos ilícitos. el trastorno por consumo de drogas recibió tratamiento.^{216,217} Aunque anticuados, estos datos sugieren que una proporción significativa de la población total con SUD probablemente no reciba tratamiento.

Figura D-3. Porcentaje de personas mayores de 12 años con SUD en California en relación con

UU. en general de 2018 y 2019 Datos agrupados de NSDUH ²¹⁸



Los análisis de los datos de reclamos de Medicaid revelaron que el 3.3 por ciento de los afiliados a Medi-Cal mayores de 18 años tuvieron un diagnóstico de SUD en 2019. Esta tasa es más baja que las tasas reportadas por el NSDUH anteriormente porque se basa en medidas de proxy basadas en códigos de diagnóstico calculadas utilizando datos de reclamos administrativos. A pesar del hecho de que existen tratamientos efectivos basados en la evidencia para algunos SUD, solo una de cada cinco personas que actualmente necesitan tratamiento para esta afección realmente lo reciben.²¹⁹ En el apéndice C figuran detalles adicionales sobre estas medidas indirectas y sus limitaciones inherentes. Es probable que estas medidas indirectas no informen la verdadera prevalencia de SUD porque no capturan a las personas que no reciben tratamiento de SUD o que interactúan de otra manera con el sistema de atención médica. Según lo documentado por NSDUH, la mayoría de las personas que viven con SUD tienen

²¹⁶ <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/09/SubstanceUseDisorderAlmanac2018.pdf>. ²¹⁷ El

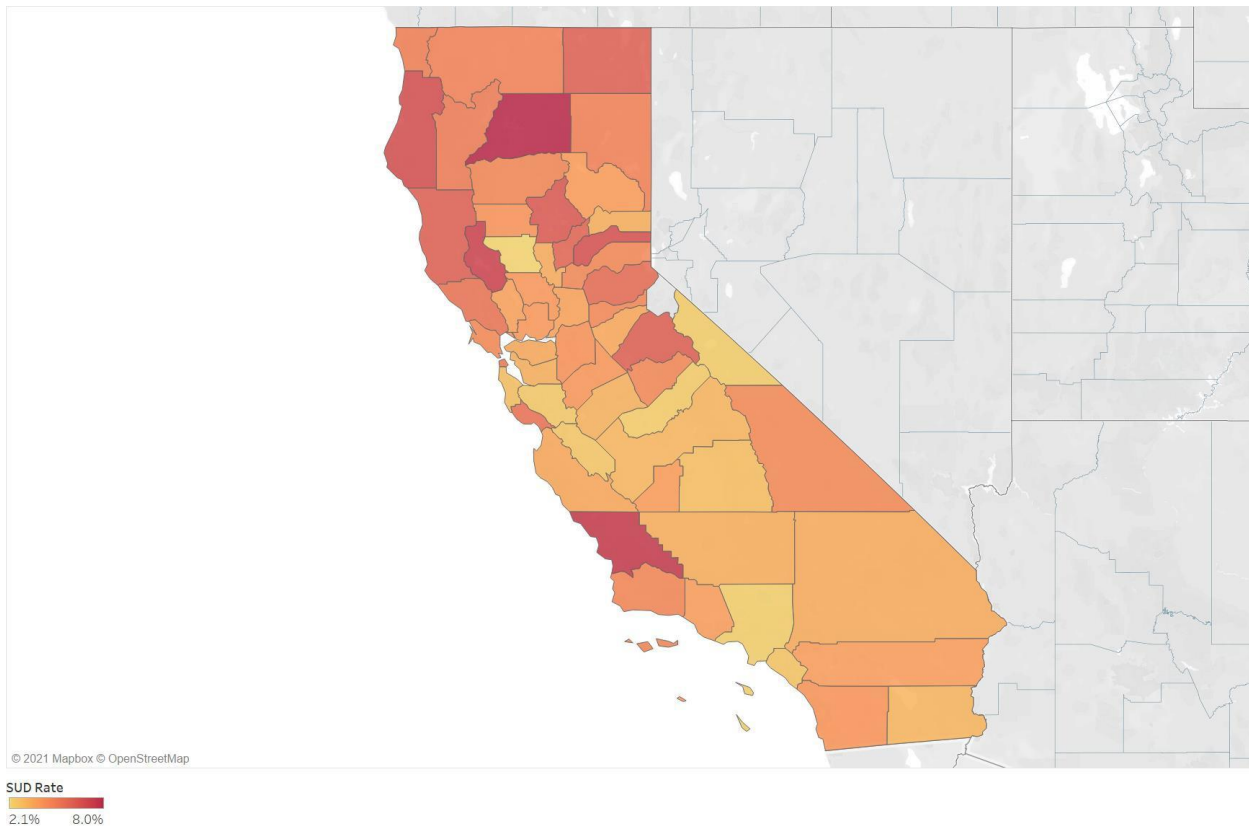
trastorno por consumo de drogas ilícitas incluye el consumo de marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos, inhalantes y metanfetamina, y el uso no médico de medicamentos recetados.

²¹⁸ *Ibíd.*

²¹⁹ Saloner B, Karthikeyan S. Cambios nacionales en la utilización del tratamiento de abuso de sustancias a 12 meses entre las personas con 2 trastornos por uso de opioides, 2004-2013, *JAMA*, octubre. 13, 2015.

históricamente no participó en el tratamiento.²²⁰ Las tasas observadas de SUD a nivel de condado entre los afiliados a Medi-Cal variaron desde un máximo de 8.0 por ciento en el condado de Shasta hasta un mínimo de 2.1 por ciento en el condado de Colusa. La Figura E-4 a continuación muestra el porcentaje de adultos inscritos en Medi-Cal con un diagnóstico de SUD en cada condado en 2019. Estos datos también se muestran en el cuadro 2 del apéndice B.

Figura D-4. Porcentaje de adultos inscritos en Medi-Cal identificados con SUD utilizando los datos de reclamos de Medicaid de California- Medidas de representación basadas en 2019



*Nota: El condado de Alpine está excluido debido a que tiene un recuento inferior a 10.

Los datos del Departamento de Salud Pública de California sobre las muertes por sobredosis relacionadas con opioides también se utilizaron como un proxy para evaluar la variación a nivel de condado en la prevalencia de SUD.²²¹ Estos datos muestran una amplia variación en las tasas de muertes por sobredosis relacionadas con opioides a nivel de condado. En 2020, las tasas variaron desde un mínimo de cero en seis condados (Alpine, Mariposa, Modoc, Mono, Sierra y Trinity) hasta un máximo de 43.68 por cada 100,000 en San Francisco. La tasa de mortalidad por sobredosis relacionada con opioides ajustada por edad en San Francisco fue más de tres veces mayor que la tasa general del estado. Estos datos también sugieren que existe una superposición significativa entre los condados con altas tasas de SUD entre los afiliados a Medi-Cal y

²²⁰ "California Health Care Almanac", California Health Care Foundation, octubre de 2018. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/09/SubstanceUseDisorderAlmanac2018.pdf>.

²²¹ "California Overdose Surveillance Dashboard", Departamento de Salud Pública de California. Disponible en <https://skylab.cdph.ca.gov/ODdash>.

condados con altas tasas de muertes por sobredosis relacionadas con opioides. Cinco de los 10 condados principales en términos de tasas de SUD entre los afiliados a Medi-Cal en 2019 también se encontraban entre los 11 condados principales en términos de muerte general por sobredosis relacionada con opioides. tasas en 2020.

SED entre niños/jóvenes

Las regulaciones federales usan el término "trastorno emocional grave" para referirse a los jóvenes que viven con trastornos psiquiátricos que causan un deterioro funcional sustancial.^{222,223} Las tasas de SED entre los jóvenes están menos documentadas que las tasas de SMI entre los adultos, y los desafíos metodológicos asociados con la estimación de las tasas de SED entre los jóvenes están bien establecidos.²²⁴ La NSDUH no proporciona estimaciones de las tasas nacionales de SED. Sin embargo, un metaanálisis reciente que evaluó 12 estudios regionales a nivel nacional que estimaron las tasas de SED encontró una tasa de prevalencia agrupada del 10,06 por ciento entre los estudios. Examinado.²²⁵ Un estudio anterior de California estimó que el 7.6 por ciento de los niños en el estado tenían SED en 2014.²²⁶ El estudio de California estimó tasas más altas de SED entre los niños negros y latinos en relación con otros grupos raciales / étnicos y tasas más altas entre los niños en grupos de bajos ingresos.²²⁷

²²² 34 CFR § 300.8 – Niño con una discapacidad. Disponible en <https://www.law.cornell.edu/cfr/text/34/300.8>.

²²³ Williams NJ, Scott L, Aarons GA. Prevalencia de trastornos emocionales graves entre EE. UU. Niños: Un meta-análisis. *Psiquiatría Serv Wash DC*. 2018;69(1):32-40. doi:10.1176/appi.ps.201700145.

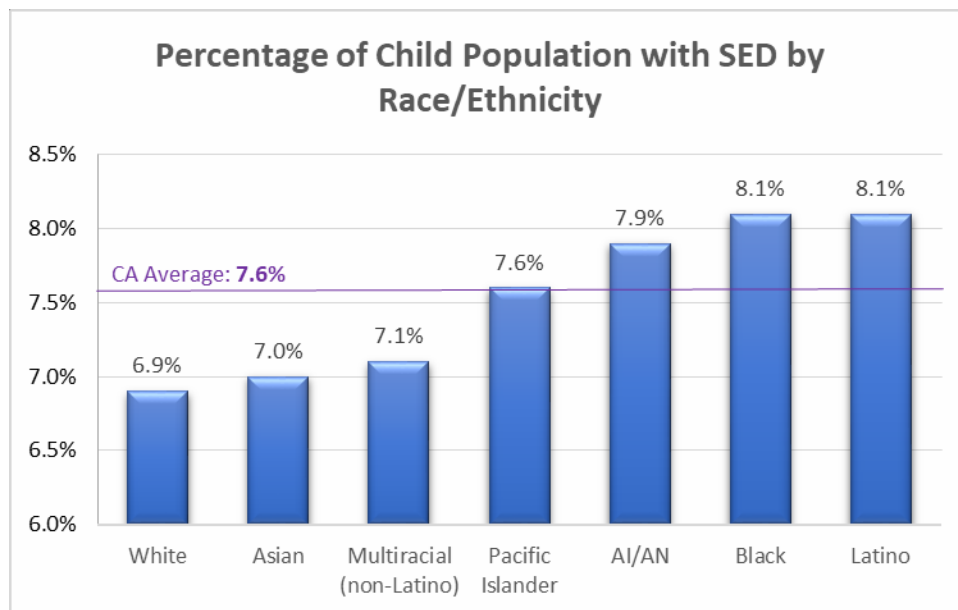
²²⁴ Medidas y datos existentes. "Medición de trastornos emocionales graves en niños: resumen del taller". Comité de Estadística Nacional; Junta de Ciencias del Comportamiento, Cognitivas y Sensoriales; División de Ciencias del Comportamiento y Sociales y de la Educación; Junta de Políticas de Ciencias de la Salud; Instituto de Medicina; Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina; 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368059/>.

²²⁵ Williams NJ, Scott L, Aarons GA. Prevalencia de trastornos emocionales graves en los EE. UU. Niños: Un meta-análisis. *Psiquiatría Serv Wash DC*. 2018;69(1):32-40. doi:10.1176/appi.ps.201700145.

²²⁶ "Salud mental en California. Para demasiados, no les importa". Fundación para el Cuidado de la Salud de California; 2018. Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/12/MentalHealthCA2018.pdf>.

²²⁷ *Ibíd.*

Figura D-5. Porcentaje de la población infantil de California con SED por raza / etnia en 2014²²⁸

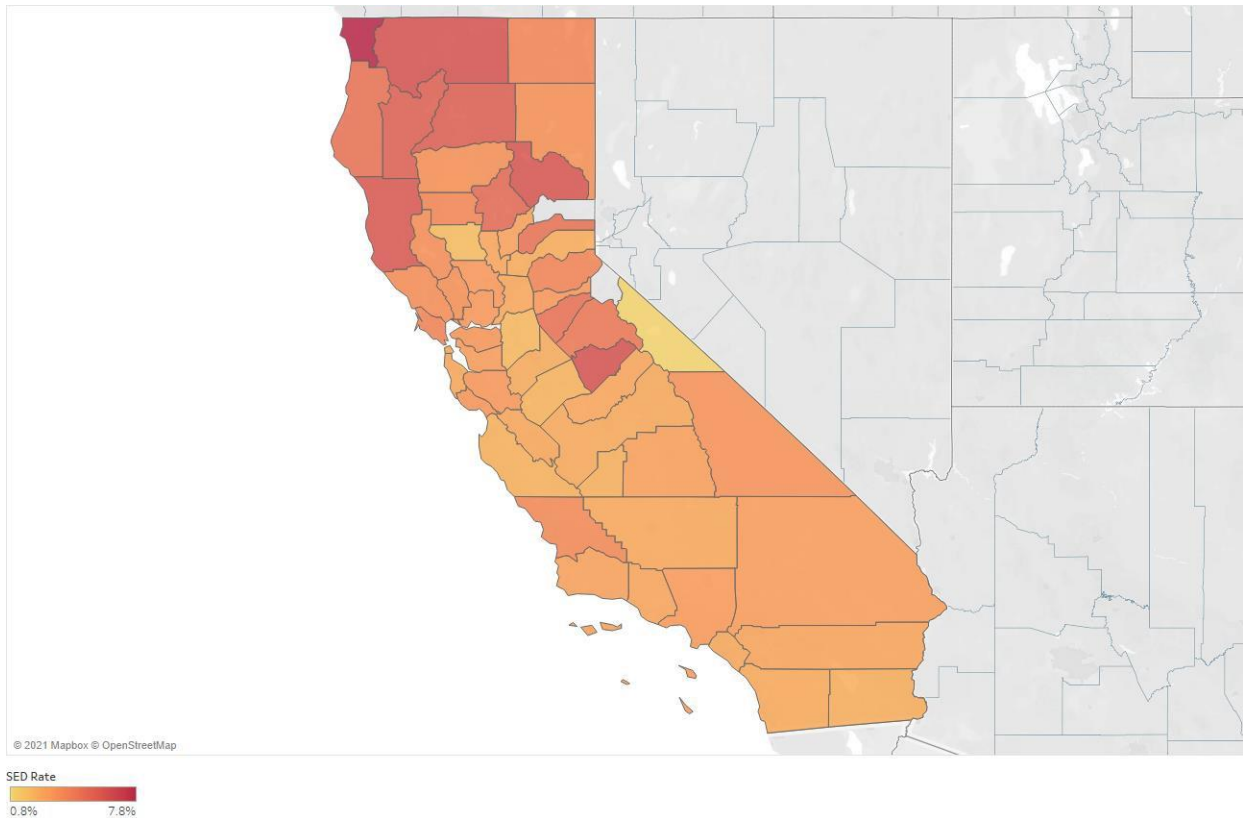


Se utilizaron análisis de los datos de reclamos administrativos de Medicaid de California para proporcionar estimaciones adicionales de la tasa de SED entre los afiliados a Medi-Cal. Estos análisis indican que el 2.8 por ciento de los afiliados a Medi-Cal menores de 18 años tenían SED en 2019, con tasas que van desde un mínimo del 0.8 por ciento en el condado de Mono hasta un máximo de 7.8 por ciento en el condado de Del Norte. Tenga en cuenta que estas tasas no son directamente comparables a las tasas reportadas en otras fuentes porque se calcularon utilizando medidas indirectas que no capturan la verdadera prevalencia poblacional de SED. La Figura E-6 a continuación muestra el porcentaje de afiliados a Medi-Cal con SED en cada condado en 2019. Estos datos también se presentan en el Apéndice B, Tabla 2. En el Apéndice C se puede encontrar información adicional sobre cómo se pusieron en práctica estas medidas sustitutivas de la SED, así como sus limitaciones inherentes.

²²⁸ Holzer C, Nguyen H, "Estimación de la necesidad de servicios de salud mental". Consultado en octubre de 2021. Disponible en <https://ahea.assembly.ca.gov/sites/ahea>.

assembly.ca.gov/files/Joint%20Health%202026%2019%20Teare%20to%20Ctte.pdf.

Figura D-6. Porcentaje de afiliados a Medi-Cal identificados con SED utilizando los datos de reclamos de Medicaidde California -Medidas de representación basadas en 2019



Nota: Los condados de Sierra y Alpine están excluidos debido a que tienen recuentos inferiores a 10.

Adolescentes con SUD

En el Apéndice B, la Tabla 3 muestra los resultados del NSDUH que estiman la tasa nacional de SUD entre los jóvenes de 12 a 17 años estratificada por diversas características demográficas.

Las tasas de SUD entre esta población fueron más altas para las mujeres y los individuos ai/AN. Los datos agrupados de NSDUH de 2018 a 2019 sugieren que California tiene una tasa más alta de SUD (4.55 por ciento) entre las personas de 12 a 17 años en relación con los Estados Unidos en general. población (4.08 por ciento).²²⁹

Los análisis de los datos de reclamos de Medi-Cal encontraron que solo el 0.8 por ciento de los jóvenes inscritos en Medi-Cal (de 12 a 17 años) recibieron un diagnóstico de SUD durante el año calendario 2019. Esta tasa es más baja que las tasas reportadas por el NSDUH anteriormente porque se basa en medidas de representación calculadas utilizando datos de reclamos administrativos. Una vez más, estas tasas probablemente subestiman la verdadera prevalencia de SUD

[/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf.](#)

porque no logran capturar a las personas que

²²⁹ Resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud 2019: Tablas Detalladas, SAMHSA, CBHSQ. Último acceso: 8 de septiembre de 2021.
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents>

[/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf](#).

no se involucre con el sistema de atención médica. En el Apéndice C se pueden encontrar detalles adicionales sobre estas medidas indirectas y sus limitaciones inherentes. Las tasas específicas del condado de SUD entre los jóvenes inscritos en Medi-Cal variaron desde un máximo de 2.4 por ciento en el condado de Mariposa hasta un mínimo de 0 por ciento en los condados de Alpine y Sierra. En el Apéndice B, la Tabla 2 muestra las tasas de SUD entre los jóvenes inscritos en Medi-Cal en cada condado en 2019.

Condiciones de salud conductual entre la población involucrada en la justicia

Las tasas de condiciones de salud conductual entre la población involucrada en la justicia tienden a ser sustancialmente más altas que las tasas entre los Estados Unidos en general. población.²³⁰ No existe una fuente de datos exhaustiva similar a la NSDUH que capture rates de condiciones de salud mental o SUD entre individuos en cárceles y prisiones, y anteriores las estimaciones a nivel nacional varían considerablemente. La Figura D-7 a continuación presenta estimaciones de múltiples fuentes de datos dispares para comparar las tasas de cualquier enfermedad mental (AMI), SMI y SUD entre las personas en prisiones y cárceles en relación con los Estados Unidos en general. población (por ejemplo, se utilizaron diferentes fuentes de datos para evaluar la tasa de AMI en las cárceles frente a las prisiones frente a la población general).

Un informe anterior del Bureau of Justice Statistics sugirió que hasta el 14 por ciento de las personas en prisiones federales y el 26 por ciento de las personas en las cárceles informaron síntomas consistentes con SMI.²³¹ La Oficina de Estadísticas de Justicia también ha informado que aproximadamente el 58 por ciento y el 63 por ciento de las personas en prisiones y cárceles, respectivamente, cumplieron con los criterios para abuso o dependencia de sustancias.²³²

La prevalencia de condiciones de salud conductual en las cárceles y prisiones en California específicamente se puede estimar utilizando medidas de poder que son reportadas rutinariamente por la Junta de Estado y Comunidad. Correcciones (BSCC), así como el CDCR. Según la Encuesta de Perfil de Cárceles de BSCC, el número de personas en las cárceles de California con un caso activo de salud mental aumentó del 19 por ciento en 2009 al 31 por ciento en 2019.²³³ Sobre el

²³⁰ Cordero HR, Weinberger LE. Personas con enfermedades mentales graves en cárceles y prisiones: una revisión. *Psychiatry Serv.* 1998;49(4):483-492. doi:10.1176/ps.49.4.483. Problemas de salud mental de los reclusos de prisiones y cárceles. Oficina de Estadísticas de Justicia. Último acceso: 8 de septiembre de 2021. https://bjs.ojp.gov/library/publications/mental-health-probl_ems-prison-y-jail-inmates.

²³¹ Bronson J, Berzofsky M. Indicadores de problemas de salud mental reportados por presos y reclusos, 2011-12. Oficina de Estadísticas de Justicia; 2017. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/imhprpji1112.pdf>.

²³² Bronson, Jennifer y Jessica Stroop, "Uso de drogas, dependencia y abuso entre prisioneros estatales y reclusos de cárcel", Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Disponible en <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/dudaspi0709.pdf>.

²³³ "Encuesta de perfil de la cárcel de California 1995-2020". Disponible en <https://www.openicpsr.org/openicpsr/project/104560/version/V7/view;jsessionid=9028C59D95C1C3DCF30613F070226456>.

En el mismo período, el porcentaje de personas en la cárcel con una receta de medicamentos psicotrópicos aumentó del 13 por ciento en 2009 al 26 por ciento en 2019. ²³⁴

En particular, la Encuesta de Perfil de Cárcel de BSCC captura una amplia variabilidad en estas medidas entre los condados (por ejemplo, el porcentaje de personas con casos abiertos de salud mental oscila entre el 6 por ciento en el Condado de Trinity) al 88 por ciento en el condado de Santa Clara), lo que sugiere que estas medidas pueden no capturar de manera confiable la verdadera prevalencia subyacente de las afecciones de salud mental. La Encuesta de Perfil de Cárcel de BSCC no informa medidas de poder que puedan usarse para estimar el porcentaje de personas que viven con SUD.

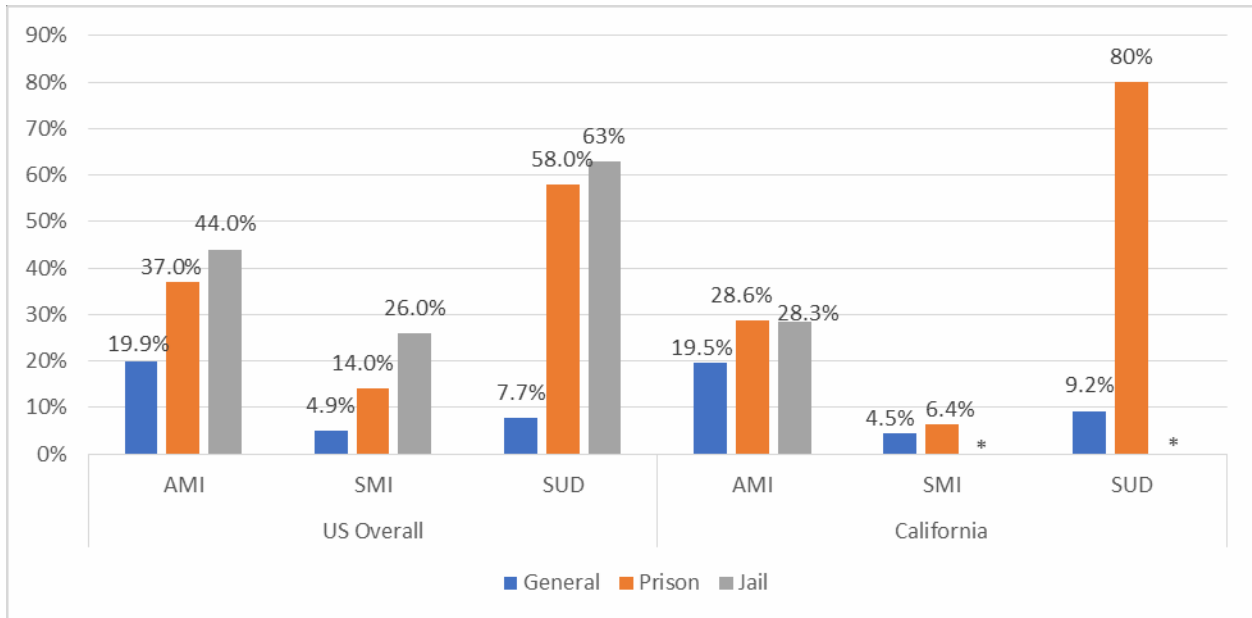
El CDCR utiliza las tasas de tratamiento de salud mental en las prisiones como una medida indirecta para las tasas de afecciones de salud mental. Según el *19º Informe Legislativo Anual* del Consejo de Justicia Criminal y Salud del Comportamiento, aproximadamente el 22 por ciento de los reclusos recibieron tratamiento consistente con una salud mental de leve a moderada, mientras que el 6.4 por ciento recibió niveles más altos de atención comparables al tratamiento para SMI. ²³⁵ El informe no presenta datos a nivel estatal que puedan utilizarse para estimar las tasas de SUD entre las personas en las cárceles. Sin embargo, un informe anterior de los Servicios de Atención Médica Correccional de California estima que hasta el 80 por ciento de las personas en prisión en California pueden tener SUD. ²³⁶

²³⁴ "La prevalencia de enfermedades mentales en las cárceles de California está aumentando: un análisis de casos de salud mental y recetas de medicamentos psicotrópicos, 2009-2019". California Health Policy Strategies LLC; 2020. https://calhps.com/wp-content/uploads/2020/02/Jail_MentalHealth_JPSReport_02-03-2020.pdf.

²³⁵ 19º Informe Legislativo Anual. Consejo de Justicia Penal y Salud del Comportamiento; 2020.

²³⁶ Kelso C. Tratamiento para reducir la carga de enfermedad y muertes por trastorno por uso de opioides. Servicios de Atención Médica Correccional de California; 2018. <https://cchcs.ca.gov/wp-content/uploads/sites/60/Reports/Drug-Treatment-Program.pdf>.

Figura D-7. Tasas de AMI, SMI y SUD entre las poblaciones que están involucradas en la justicia en California y los ESTADOS UNIDOS. Total²³⁷



*Nota: La tasa de SMI o SUD en las cárceles no se pudo determinar a partir de las fuentes de datos disponibles.

²³⁷ datos de prevalencia relacionados con la justicia estaban disponibles en el informe legislativo del CDCR. <https://www.cdcr.ca.gov/ccjbh/wp-content/uploads/sites/172/2021/01/CCJBH-2020-Annual-Informe-Final.pdf>. Los datos de AMI, SMI y SUD estaban disponibles en el NSDUH. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt32805/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaeExcelPercents/2019NSDUHsaePercents.pdf>.

Appendix E – Tablas adicionales con información específica del condado

Cuadro E-1. Número de instalaciones que brindan tratamiento comunitario asertivo por condado

Condado	Instalaciones propio
Alameda	5
Alpino	0
Amador	0
Colina aislada	2
Calaveras	0
Colusa	1
Contra Costa	3
Del Norte	0
El Dorado	1
Fresno	8
Humboldt	2
Imperial	0
Inyo	0
Kern	0
Lago	0
Lassen	0
Los Ángeles	28
Madera	3
Marin	3
Mariposa	0
Mendocino	1
Merced	1
Monterey	5
Napa	0
Nevada	2
Naranja	12
Placer	1
Plumas	0
Ribera	5
Sacramento	4
San Benito	0
San Bernardino	3
San Diego	12
San Francisco	8
San Joaquín	1
San Luis Obispo	0

Condado	Instalacion es que proporcion
San Mateo	2
Santa Bárbara	0
Santa Clara	8
Santa Cruz	0
Shasta	1
Sierra	0
Siskiyou	1
Solano	2
Sonoma	0
Stanislaus	1
Sutter	0
Trinidad	0
Tulare	1
Tuolumne	0
Ventura	0
Yolo	1
Yuba	0

Fuente: Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual de SAMHSA.

Cuadro E-2. Centros de Sobering y Capacidad de Sobering Center por Condado

Condado	Centros de	Capacidad
Alameda	1	17
Alpino	0	0
Amador	0	0
Colina aislada	0	0
Calaveras	0	0
Colusa	0	0
Contra Costa	0	0
Del Norte	0	0
El Dorado	0	0
Fresno	0	0
Glenn	0	0
Humboldt	0	0
Imperial	0	0
Inyo	0	0
Kern	2	16
Reyes	0	0
Lago	0	0
Lassen	0	0
Los Ángeles	1	50
Madera	0	0
Marin	0	0
Mariposa	0	0
Mendocino	0	0
Merced	0	0
Modoc	0	0
Mono	0	0
Monterey	1	10
Napa	0	0
Nevada	0	0
Naranja	0	0
Placer	0	0
Plumas	0	0
Ribera	0	0
Sacramento	0	0
San Benito	0	0
San Bernardino	0	0
San Diego	1	15
San Francisco	1	13
San Joaquín	0	0

Condado	Centros de	Capacidad
San Luis Obispo	0	0
San Mateo	1	14
Santa Bárbara	1	10
Santa Clara	1	20
Santa Cruz	0	0
Shasta	1	3
Sierra	0	0
Siskiyou	0	0
Solano	0	0
Sonoma	0	0
Stanislaus	0	0
Sutter	0	0
Tehama	0	0
Trinidad	0	0
Tulare	0	0
Tuolumne	0	0
Ventura	0	0
Yolo	0	0
Yuba	0	0

Fuente: Proporcionado por National Sobering Collaborative a través de correspondencia personal en julio de 2021.

Cuadro E-3. Unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados y capacidad de camas por condado

Condados	Cuidado Agudo Cuidados	Psiquiátrica Agudo Atención Generales agudos (número de Hospitales)	Unidades Psiquiátricas Salud Instalaciones Hospitalarias Centros de cuidados intensivos camas) Hospitales (Camas)	Psiquiátricas Dentro de Hospitalarias Instalaciones	Psiquiatría Unidades la (Número de	
Alameda	3	203	1	96	2	40
Alpino	0	0	0	0	0	0
Amador	0	0	0	0	0	0
Colina aislada	0	0	0	0	1	16
Calaveras	0	0	0	0	0	0
Colusa	0	0	0	0	0	0
Contra Costa	1	43	1	73	0	0
Del Norte	0	0	0	0	0	0
El Dorado	0	0	0	0	1	10
Fresno	1	61	0	0	2	32
Glenn	0	0	0	0	0	0
Humboldt	0	0	0	0	1	16
Imperial	0	0	0	0	0	0
Inyo	0	0	0	0	0	0
Kern	3	21	0	0	1	16
Reyes	0	0	0	0	0	0
Lago	0	0	0	0	0	0
Lassen	0	0	0	0	0	0
Los Ángeles	28	1,176	10	919	3	48
Madera	0	0	0	0	0	0
Marin	1	17	0	0	0	0
Mariposa	0	0	0	0	0	0

Condados	Cuidados Agudos	Psiquiátrica Aguda Atención General agudos (número de Hospitales)	Unidades Psiquiátricas Salud Hospitalarias Centros de cuidados intensivos (camas)	Psiquiátricas Hospitalarias Dentro de Hospitales	Psiquiátrica Unidades de la (Número de
Mendocino	0	0	0	0	0
Merced	0	0	0	0	16
Modoc	0	0	0	0	0
Mono	0	0	0	0	0
Monterey	2	40	0	0	0
Napa	1	21	1	45	0
Nevada	0	0	0	0	0
Naranja	9	408	1	34	0
Placer	0	0	0	0	16
Plumas	0	0	0	0	0
Ribera	2	114	1	62	16
Sacramento	0	0	3	314	82
San Benito	0	0	0	0	0
San Bernardino	3	145	2	195	0
San Diego	13	376	5	285	0
San Francisco	4	141	2	34	0
San Joaquín	1	2	1	35	28
San Luis Obispo	0	0	0	0	16
San Mateo	2	62	0	0	0
Santa Bárbara	0	0	0	0	16
Santa Clara	4	126	1	80	40
Santa Cruz	0	0	0	0	16
Shasta	1	20	0	0	16

Condados	Unidades psiquiátricas dentro de los hospitales de cuidados intensivos generales	Unidades psiquiátricas dentro de los hospitales de cuidados intensivos generales (número de)	Instalaciones hospitalarias de cuidados intensivos de psiquiatría	Instalaciones hospitalarias psiquiátricas de cuidados intensivos (número de camas)	Centros de salud psiquiátrica	Centros de salud psiquiátrica (número de camas)
Sierra	0	0	0	0	0	0
Siskiyou	0	0	0	0	0	0
Solano	0	0	1	61	1	16
Sonoma	3	75	0	0	0	0
Stanislaus	1	67	0	0	1	16
Sutter	0	0	0	0	2	32
Tehama	0	0	0	0	1	16
Trinidad	0	0	0	0	0	0
Tulare	1	63	0	0	0	0
Tuolumne	0	0	0	0	0	0
Ventura	1	43	1	87	0	0
Yolo	1	18	0	0	0	0
Yuba	0	0	0	0	0	0

Fuente: Datos de licencia de DHCS.

Cuadro E-4. Servicios para Niños/Jóvenes y Adultos Jóvenes por Condado

Condado	infantiles cada 100,000 años	Ambulatorio infantiles niños / adultosjóvenes	Número de tratamientoPsiquiatras paraprogramas para individuos	programas psiquiatras por jóvenes menores de 18	Programas de salud basados en la escuela con servicios de salud mental
Alameda	20	22	36	10.6	31
Alpino	1	1	0	0.0	0
Amador	1	1	2	33.3	0
Colina aislada	2	5	2	4.5	0
Calaveras	1	1	0	0.0	0
Colusa	1	1	0	0.0	0
Contra Costa	10	11	39	15.1	13
Del Norte	2	3	0	0.0	0
El Dorado	3	3	2	5.2	0
Fresno	11	12	13	4.6	5
Glenn	0	0	0	0.0	0
Humboldt	4	5	0	0.0	1
Imperial	1	0	1	1.9	0
Inyo	1	1	0	0.0	0
Kern	7	10	15	5.8	5
Reyes	0	0	0	0.0	1
Lago	1	1	0	0.0	1
Lassen	1	1	0	0.0	0
Los Ángeles	121	157	305	14.2	45
Madera	3	3	0	0.0	2
Marin	5	6	25	48.7	2
Mariposa	1	1	0	0.0	1
Mendocino	4	3	0	0.0	0
Merced	4	5	1	1.2	1
Modoc	0	0	0	0.0	0
Mono	0	0	0	0.0	0
Monterey	6	7	9	8.0	2
Napa	3	3	7	25.2	4
Nevada	2	3	1	5.9	0
Naranja	26	41	78	11.3	4
Placer	3	5	9	10.2	0
Plumas	1	1	0	0.0	0
Ribera	12	13	26	4.2	3
Sacramento	16	22	42	11.6	1

Condado	Programas ambulatorios para niños / jóvenes	Programas de tratamiento ambulatorio para	Número de psiquiatras infantiles	Psiquiatras infantiles por cada 100,000 personas menores de 18 años	Programas de salud basados en la escuela con servicios de salud mental
San Benito	1	1	0	0.0	0
San Bernardino	23	28	27	4.7	2
San Diego	16	39	125	17.5	11
San Francisco	13	19	62	52.5	19
San Joaquín	2	4	10	4.9	7
San Luis Obispo	3	5	6	12.1	1
San Mateo	6	7	24	15.5	2
Santa Bárbara	5	10	8	8.1	1
Santa Clara	19	21	101	24.3	13
Santa Cruz	2	2	8	15.4	1
Shasta	3	5	2	5.2	0
Sierra	2	2	0	0.0	0
Siskiyou	2	2	0	0.0	0
Solano	6	7	7	7.1	1
Sonoma	4	8	16	16.8	4
Stanislaus	2	3	2	1.3	5
Sutter	4	6	1	4.0	0
Tehama	0	0	0	0.0	0
Trinidad	2	2	0	0.0	0
Tulare	1	4	4	2.8	2
Tuolumne	1	1	1	10.9	0
Ventura	9	14	15	7.9	1
Yolo	4	5	14	30.6	1
Yuba	1	2	0	0.0	0

Fuentes- Programas ambulatorios para niños / jóvenes y adultos jóvenes identificados en samHSA Behavioral Health Services Treatment Locator. Datos sobre psiquiatras infantiles proporcionados por la Junta Médica de California. Datos sobre programas de salud basados en la escuela con servicios de salud mental.

Cuadro E-5. **Unidades de vivienda disponibles por continuidad de atención de vivienda y desarrollo urbano**

Continuidad de la atención	Vivienda de apoyo permanente : total de camas durante todo	Otras viviendas permanentes: Total de camas durante	Vivienda de transición: total durante todo el año Camas	Realojamiento rápido: total de camas durante todo el año
Ciudad y Condado de San José/Santa Clara	3,829	126	559	1,486
San Francisco	5,897	4,154	627	1,187
Oakland, Condado de Berkeley/Alameda	3,545	-	617	633
Ciudad y Condado de Sacramento	3,251	91	590	772
Santa Rosa, Condado de Petaluma/Sonoma	823	145	375	630
Condado de Richmond/Contra Costa	1,156	6	194	231
Condados de Salinas/Monterey, San Benito	301	-	509	226
Condado de Marin	514	90	180	48
Watsonville/Santa Cruz Ciudad y Condado	658	-	182	420
Condado de Mendocino	363	-	124	41
Turlock, Condado de Modesto/Stanislaus	555	-	248	12
Condado de Stockton/San Joaquín	726	-	360	364
Ciudad de Daly/Condado de San	1,218	47	172	367
Visalia/Kings, Condados de Tulare	235	65	184	139
Ciudad y Condado de Fresno/Condado de	1,338	44	148	767
Condados de Roseville, Rocklin/Placer, Nevada	61	-	166	74
Condado de Redding/Shasta	55	-	189	251
Ciudad y condado de Napa	50	-	22	59
Condado de Vallejo/Solano	228	-	109	177
Chico, Condado de Paradise/Butte	176	115	254	21
Ciudad y Condado de Merced	163	-	144	46
Davis, Condado de Woodland/Yolo	242	-	51	334
Condado de Humboldt	57	-	85	213

Continuidad de la atención	Vivienda de apoyo permanente : total de camas durante todo	Otras viviendas permanentes: Total de camas durante	Vivienda de transición: total durante todo el año Camas	Realojamiento rápido: total de camas durante todo el año
Condados de Colusa, Glen, Trinity	-	-	58	-
Ciudad de Yuba/Condado de	18	4	42	213
Condado de El Dorado	5	-	66	85
Condados de Tuolumne, Amador, Calaveras, Mariposa	58	-	51	100
Condado de Tehama	-	-	38	188
Condado de Lake	210	24	38	-
Condados de Alpine, Inyo, Mono	-	-	21	7
Condado de Nevada	42	2	12	97
Ciudad y Condado de Los Ángeles	22,683	2,030	4,111	6,045
Ciudad y Condado de San Diego	4,901	939	1,700	1,846
Santa Ana, Anaheim/Condado de Orange	2,496	295	1,017	663
Condado de Santa María/Santa Bárbara	707	277	163	186
Condado de Bakersfield/Kern	2,308	9	264	602
Playa Larga	1,662	240	317	378
Pasadena	434	-	51	25
Ciudad y condado de Riverside	1,744	-	92	318
Ciudad y Condado de San Bernardino	1,603	-	186	2,101
Oxnard, Condado de San Buenaventura/ Ventura	693	-	205	683
Glendale	189	-	54	15
Condado imperial	321	-	154	157
Condado de San Luis Obispo	357	4	31	404

Fuente: Estados Unidos Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano.

Cuadro E-6. Psiquiatras por condado

Condado	Número de psiquiatras	Psiquiatras por cada 100.000
Alameda	350	21.1
Alpino	0	0.0
Amador	6	15.6
Colina aislada	13	5.8
Calaveras	2	4.4
Colusa	0	0.0
Contra Costa	188	16.5
Del Norte	2	7.3
El Dorado	19	10.1
Fresno	93	9.4
Glenn	0	0.0
Humboldt	14	10.3
Imperial	12	6.6
Inyo	1	5.6
Kern	68	7.7
Reyes	11	7.3
Lago	3	4.7
Lassen	1	3.2
Los Ángeles	1882	18.7
Madera	4	2.6
Marin	177	68.1
Mariposa	1	5.7
Mendocino	8	9.2
Merced	7	2.6
Modoc	0	0.0
Mono	0	0.0
Monterey	63	14.5
Napa	86	61.6
Nevada	15	15.1
Naranja	496	15.7
Placer	73	18.9
Plumas	0	0.0
Ribera	192	8.0
Sacramento	322	21.1
San Benito	1	1.7
San Bernardino	249	11.6
San Diego	725	21.9
San Francisco	567	64.8

Condado	Número de psiquiatras	Psiquiatras por cada 100.000
San Joaquín	65	8.8
San Luis Obispo	91	32.3
San Mateo	214	27.9
Santa Bárbara	61	13.7
Santa Clara	547	28.4
Santa Cruz	52	19.0
Shasta	12	6.7
Sierra	0	0.0
Siskiyou	4	9.2
Solano	59	13.4
Sonoma	88	17.6
Stanislaus	35	6.4
Sutter	11	11.4
Tehama	0	0.0
Trinidad	1	7.9
Tulare	16	3.5
Tuolumne	4	7.4
Ventura	108	12.7
Yolo	52	23.9
Yuba	2	2.6

Fuente: Junta Médica de California.

Cuadro E-7. Centros de Rehabilitación de Salud Mental por Condado

Condados	Total instalaciones	Total camas
Alameda	3	154
Alpino	0	0
Amador	0	0
Colina aislada	0	0
Calaveras	0	0
Colusa	0	0
Contra Costa	0	0
Del Norte	0	0
El Dorado	0	0
Fresno	2	81
Glenn	0	0
Humboldt	1	42
Imperial	0	0
Inyo	0	0
Kern	1	55
Reyes	0	0
Lago	0	0
Lassen	0	0
Los Ángeles	2	196
Madera	0	0
Marin	1	89
Mariposa	0	0
Mendocino	0	0
Merced	1	98
Modoc	0	0
Mono	0	0
Monterey	0	0
Napa	1	54
Nevada	0	0
Naranja	1	80
Placer	0	0
Plumas	0	0
Ribera	1	38
Sacramento	1	54
San Benito	0	0
San Bernardino	0	0
San Diego	4	406
San Francisco	2	101
San Joaquín	0	0
San Luis Obispo	0	0

Condados	Total instalaciones	Total camas
San Mateo	1	68
Santa Bárbara	0	0
Santa Clara	1	100
Santa Cruz	1	99
Shasta	0	0
Sierra	0	0
Siskiyou	0	0
Solano	1	92
Sonoma	0	0
Stanislaus	0	0
Sutter	1	44
Tehama	0	0
Trinidad	0	0
Tulare	0	0
Tuolumne	0	0
Ventura	2	31
Yolo	0	0
Yuba	0	0

Fuente: Datos de licencia de DHCS.

Cuadro E-8. Disponibilidad por condado del Programa Terapéutico Residencial a Corto Plazo (STRTP) y las Instalaciones de Tratamiento Comunitario (CTF)

Condados	STRTP Instalaciones	Camas STRTP	Instalaciones CTF	Camas CTF
Alameda	11	86	0	0
Alpino	2	12	0	0
Amador	0	0	0	0
Colina aislada	2	12	0	0
Calaveras	2	68	0	0
Colusa	0	0	0	0
Contra Costa	13	80	0	0
Del Norte	0	0	0	0
El Dorado	7	42	0	0
Fresno	37	239	0	0
Glenn	0	0	0	0
Humboldt	0	0	0	0
Imperial	2	12	0	0
Inyo	0	0	0	0
Kern	26	151	0	0
Reyes	1	6	0	0
Lago	0	0	0	0
Lassen	1	10	0	0
Los Ángeles	77	947	2	68
Madera	3	38	0	0
Marin	1	67	0	0
Mariposa	2	12	0	0
Mendocino	3	12	0	0
Merced	7	42	0	0
Modoc	0	0	0	0
Mono	0	0	0	0
Monterey	3	18	0	0
Napa	0	0	0	0
Nevada	4	30	0	0
Naranja	21	182	0	0
Placer	6	36	0	0
Plumas	0	0	0	0
Ribera	35	396	0	0
Sacramento	21	198	0	0
San Benito	4	24	0	0
San Bernardino	42	471	0	0
San Diego	18	312	0	0
San Francisco	3	64	0	0

Condados	STRTP Instalaciones	Camas STRTP	Instalaciones CTF	Camas CTF
San Joaquín	5	52	0	0
San Luis Obispo	2	18	0	0
San Mateo	2	24	0	0
Santa Bárbara	5	50	0	0
Santa Clara	5	29	0	0
Santa Cruz	3	18	0	0
Shasta	4	24	0	0
Sierra	0	0	0	0
Siskiyou	0	0	0	0
Solano	3	18	0	0
Sonoma	12	85	0	0
Stanislaus	16	135	0	0
Sutter	0	0	0	0
Tehama	0	0	0	0
Trinidad	0	0	0	0
Tulare	3	54	0	0
Tuolumne	0	0	0	0
Ventura	13	114	0	0
Yolo	3	18	0	0
Yuba	0	0	0	0

Fuente: Datos de licencia del Departamento de Servicios Sociales.

Cuadro E-9. Unidades de Estabilización de Crisis y Slots por Condado

Condado	CSU	CSU Ranuras
Alameda	3	21
Alpino	0	0
Amador	0	0
Colina aislada	0	0
Calaveras	0	0
Colusa	0	0
Contra Costa	1	8
Del Norte	1	25
El Dorado	3	59
Fresno	1	39
Glenn	0	0
Humboldt	1	39
Imperial	1	7
Inyo	1	4
Kern	2	32
Reyes	0	0
Lago	2	32
Lassen	0	0
Los Ángeles	9	150
Madera	0	0
Marin	10	122
Mariposa	0	0
Mendocino	1	10
Merced	0	0
Modoc	0	0
Mono	2	12
Monterey	0	0
Napa	0	0
Nevada	0	0
Naranja	4	51
Placer	1	4
Plumas	0	0
Ribera	1	12
Sacramento	5	81
San Benito	2	37
San Bernardino	0	0
San Diego	2	40
San Francisco	3	58
San Joaquín	2	17

Condado	CSU	CSU Ranuras
San Luis Obispo	1	24
San Mateo	1	4
Santa Bárbara	1	14
Santa Clara	2	13
Santa Cruz	2	20
Shasta	1	10
Sierra	0	0
Siskiyou	0	0
Solano	1	16
Sonoma	1	16
Stanislaus	1	12
Sutter	0	0
Tehama	0	0
Trinidad	1	5
Tulare	0	0
Tuolumne	0	0
Ventura	0	0
Yolo	0	0
Yuba	2	12

Fuentes: Datos de licencias de DHCS y encuestas con directores de salud conductual del condado.

Cuadro E-10. Capacidad del Programa de Tratamiento por Competencias En la Cárcel, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Equipos de Intervención en Crisis

Condado	de Unidades de Tratamiento para Hospitalizados con Competencia Psiquiátrica en la	Programa de Pacientes con	Equipos de Intervención en Crisis
Alameda	0	0	0
Alpino	0	0	0
Amador	0	0	0
Colina aislada	5	0	1
Calaveras	10	0	0
Colusa	0	0	0
Contra Costa	0	0	1
Del Norte	0	0	0
El Dorado	0	0	1
Fresno	0	0	0
Glenn	0	0	0
Humboldt	6	0	1
Imperial	0	0	0
Inyo	0	0	0
Kern	60	0	1
Reyes	5	0	0
Lago	0	0	0
Lassen	0	0	0
Los Ángeles	0	0	1
Madera	0	0	0
Marin	0	0	1
Mariposa	6	0	0
Mendocino	6	0	0
Merced	0	0	1
Modoc	0	0	0
Mono	0	0	0
Monterey	10	1	1
Napa	0	0	0
Nevada	0	0	0
Naranja	0	0	1
Placer	15	0	1
Plumas	0	0	0
Ribera	25	1 (Mujeres)	1
Sacramento	44	0	0
San Benito	0	0	0

Condado	de Unidades de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados con Competencia Psiquiátrica en la	Programa	Equipos de Intervención en Crisis
San Bernardino	146	0	1
San Diego	30	0	1
San Francisco	0	0	1
San Joaquín	12	1 (Hombres) y 1 (Mujeres)	0
San Luis Obispo	5	0	1
San Mateo	0	0	1
Santa Bárbara	10	0	1
Santa Clara	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0
Shasta	6	0	1
Sierra	0	0	0
Siskiyou	0	0	0
Solano	12	1	0
Sonoma	12	0	1
Stanislaus	18	0	1
Sutter	0	0	0
Tehama	0	0	0
Trinidad	0	0	0
Tulare	0	0	0
Tuolumne	0	0	0
Ventura	8	0	1
Yolo	0	0	1
Yuba	0	0	0

Fuentes: Los datos sobre la capacidad del programa de tratamiento por competencia en la cárcel proporcionados por el Departamento de Hospitales Estatales de California y los datos sobre las unidades de hospitalización psiquiátrica fueron proporcionados por el CDCR. Los datos sobre los equipos de intervención en crisis se obtuvieron del sitio web del Centro de Recursos del Equipo de Intervención en Crisis de la Universidad de Memphis.

Cuadro E-11. Peticiones de programas de desvío antes del juicio, programas de reingreso comunitario penitenciario y capacidad del programa de restauración basado en la comunidad por condado

Condado	Peticiones del Programa de Desvío Previo al Juicio Recibidas	Programas de Reingreso Total de la Comunidad Penitenciaria	Capacidad total del Programa de Reingreso Comunitario Penitenciario	Capacidad del Programa de Restauración Basado en la Comunidad
Alameda	8	12	207	0
Alpino	1	0	0	0
Amador	0	0	0	0
Colina aislada	51	13	198	0
Calaveras	0	0	0	0
Colusa	0	0	0	0
Contra Costa	0	7	91	0
Del Norte	0	0	0	0
El Dorado	2	4	0	0
Fresno	14	23	896	0
Glenn	0	0	0	0
Humboldt	0	3	28	0
Imperial	0	8	31	0
Inyo	1	0	0	0
Kern	0	26	479	0
Reyes	1	4	69	0
Lago	0	3	46	0
Lassen	0	0	0	0
Los Ángeles	0	161	3,398	350
Madera	0	0	0	0
Marin	0	0	0	0
Mariposa	0	0	0	0
Mendocino	1	1	0	0
Merced	0	5	55	0
Modoc	0	0	0	0
Mono	4	0	0	0
Monterey	1	13	85	0
Napa	0	6	0	0
Nevada	6	0	0	0
Naranja	35	26	388	0
Placer	2	9	69	0
Plumas	0	0	0	0
Ribera	1	106	1,028	0

Condado	Desvíode prisiones antes del juicio Programa Comunitario de Reingreso Total de Peticiones Recibidos en el	Desvíode prisiones antes del juicio Programa Comunitario de Reingreso Total de Peticiones Recibidos	Penitenciaria comunidad Capacidad total del programa de restauración de	Comunidad Basado en la
Sacramento	69	35	675	0
San Benito	7	32	651	0
San Bernardino	36	100	1,043	0
San Diego	0	43	978	0
San Francisco	35	9	220	0
San Joaquín	49	18	192	0
San Luis Obispo	0	6	42	0
San Mateo	6	5	130	0
Santa Bárbara	8	29	604	0
Santa Clara	66	14	201	0
Santa Cruz	39	8	106	0
Shasta	3	26	148	0
Sierra	0	0	0	0
Siskiyou	8	0	0	0
Solano	0	19	182	0
Sonoma	4	1	6	0
Stanislaus	10	8	93	0
Sutter	0	0	0	0
Tehama	0	3	38	0
Trinidad	0	0	0	0
Tulare	15	14	118	0
Tuolumne	0	0	0	0
Ventura	10	87	1	0
Yolo	23	225	1	0
Yuba	3	46	0	0

Fuentes: Los datos sobre las peticiones del programa de desviación previo al juicio en el primer trimestre de 2020 fueron proporcionados por el Consejo Judicial de California. Los cdcr proporcionaron datos sobre los programas de reingreso de la comunidad penitenciaria. Los datos sobre la capacidad del programa de restauración basado en la comunidad fueron proporcionados por el Departamento de Hospitales Estatales de California

Cuadro E-12. Resultados del análisis de la calculadora de recursos de crisis que evalúa las brechas en el número de camas de tratamiento para pacientes hospitalizados

Condado	Número de camas de hospitalización psiquiátrica aguda disponibles	Número de camas psiquiátricas agudas para pacientes hospitalizados necesarias según la calculadora de	Espacio entre las camas disponibles y las camas necesarias
Alameda	339	179	160
Alpino	0	0	0
Amador	0	2	-2
Colina aislada	16	22	-6
Calaveras	0	2	-2
Colusa	0	1	-1
Contra Costa	116	113	3
Del Norte	0	1	-1
El Dorado	10	22	-12
Fresno	93	92	1
Glenn	0	3	-3
Humboldt	16	14	2
Imperial	0	10	-10
Inyo	0	1	-1
Kern	37	94	-57
Reyes	0	7	-7
Lago	0	3	-3
Lassen	0	1	-1
Los Ángeles	2143	1289	854
Madera	0	6	-6
Marin	17	28	-11
Mariposa	0	1	-1
Mendocino	0	5	-5
Merced	16	22	-6
Modoc	0	1	-1
Mono	0	1	-1
Monterey	40	35	5
Napa	66	20	46
Nevada	0	6	-6
Naranja	442	439	3
Placer	16	50	-34
Plumas	0	1	-1
Ribera	192	288	-96

Condado	Número de camas de hospitalización psiquiátrica aguda disponibles	Número de camas psiquiátricas agudas para pacientes hospitalizados necesarias según la calculadora de	Espacio entre las camas disponibles y las camas necesarias
Sacramento	396	220	176
San Benito	0	3	-3
San Bernardino	340	181	159
San Diego	661	495	166
San Francisco	175	260	-85
San Joaquín	65	70	-5
San Luis Obispo	16	22	-6
San Mateo	62	113	-51
Santa Bárbara	16	43	-27
Santa Clara	246	240	6
Santa Cruz	16	30	-14
Shasta	36	33	3
Sierra	0	0	0
Siskiyou	0	3	-3
Solano	77	57	20
Sonoma	75	56	19
Stanislaus	83	47	36
Sutter	32	20	12
Tehama	16	7	9
Trinidad	0	1	-1
Tulare	63	52	11
Tuolumne	0	3	-3
Ventura	130	83	47
Yolo	18	21	-3
Yuba	0	7	-7

Fuente: Datos sobre el número de camas de hospitalización aguda a partir de datos de licencia de DHCS. Datos sobre el número de camas necesarias y las brechas entre el número necesario y el número disponible basados en el análisis de la Calculadora de Recursos de Crisis

**Cuadro E-13. Resultados del análisis de la calculadora de recursos de crisis
Evaluación de las brechas en el número de ranuras para
unidades de estabilización de crisis**

Condado	Número de ranuras CSU disponibles	Número de ranuras CSU necesarias según la calculadora de recursos de crisis	Brecha entre las ranuras CSU disponibles y se necesitan ranuras CSU
Alameda	21	79	-58
Alpino	0	0	0
Amador	0	2	-2
Colina aislada	0	11	-11
Calaveras	0	2	-2
Colusa	0	1	-1
Contra Costa	8	55	-47
Del Norte	25	1	24
El Dorado	59	9	50
Fresno	39	47	-8
Glenn	0	1	-1
Humboldt	39	6	33
Imperial	7	9	-2
Inyo	4	1	3
Kern	32	42	-10
Reyes	0	7	-7
Lago	32	3	29
Lassen	0	1	-1
Los Ángeles	150	482	-332
Madera	0	7	-7
Marin	122	12	110
Mariposa	0	1	-1
Mendocino	10	4	6
Merced	0	13	-13
Modoc	0	0	0
Mono	12	1	11
Monterey	0	21	-21
Napa	0	7	-7
Nevada	0	5	-5
Naranja	51	151	-100
Placer	4	18	-14
Plumas	0	1	-1
Ribera	12	115	-103
Sacramento	81	73	8
San Benito	37	3	34

Condado	Número de ranuras CSU disponibles	Número de ranuras CSU necesarias según la calculadora de recursos de crisis	Brecha entre las ranuras CSU disponibles y se necesitan ranuras CSU
San Bernardino	0	103	-103
San Diego	40	158	-118
San Francisco	58	42	16
San Joaquín	17	35	-18
San Luis Obispo	24	13	11
San Mateo	4	37	-33
Santa Bárbara	14	21	-7
Santa Clara	13	92	-79
Santa Cruz	20	13	7
Shasta	10	9	1
Sierra	0	0	0
Siskiyou	0	2	-2
Solano	16	21	-5
Sonoma	16	24	-8
Stanislaus	12	26	-14
Sutter	0	5	-5
Tehama	0	3	-3
Trinidad	5	1	4
Tulare	0	22	-22
Tuolumne	0	3	-3
Ventura	0	40	-40
Yolo	0	10	-10
Yuba	12	4	8

Fuente: Datos sobre el número de ranuras de CSU de los datos de licencia de DHCS y los resultados de la encuesta del condado. Datos sobre el número de ranuras CSU necesarias y las brechas entre el número necesario y el número disponible según el análisis de la Calculadora de Recursos de Crisis

Cuadro E-14. Resultados del análisis de la calculadora de recursos de crisis que evalúa las brechas en el número de equipos móviles de crisis disponibles

Condado	Número de equipos móviles de crisis disponibles	Número de equipos móviles de crisis necesarios según la calculadora de recursos de crisis	Brecha entre el número de equipos móviles de crisis disponibles y el número necesario
Alameda	5	13	-8
Alpino	0	0	0
Amador	1	0	1
Colina aislada	2	2	0
Calaveras	2	0	2
Colusa	1	0	1
Contra Costa	5	9	-5
Del Norte	0	0	0
El Dorado	2	2	0
Fresno	1	8	-7
Glenn	1	0	1
Humboldt	2	1	1
Imperial	1	1	0
Inyo	1	0	1
Kern	13	7	6
Reyes	1	1	0
Lago	7	1	6
Lassen	0	0	0
Los Ángeles	171	81	90
Madera	1	1	0
Marin	1	2	-1
Mariposa	1	0	1
Mendocino	1	1	0
Merced	2	2	0
Modoc	0	0	0
Mono	0	0	0
Monterey	2	3	-1
Napa	0	1	-1
Nevada	2	1	1
Naranja	25	25	0
Placer	3	3	0
Plumas	0	0	0
Ribera	12	19	-7

Condado	Número de equipos móviles de crisis disponibles	Número de equipos móviles de crisis necesarios según la calculadora de recursos de crisis	Brecha entre el número de equipos móviles de crisis disponibles y el número necesario
Sacramento	8	12	-4
San Benito	1	0	1
San Bernardino	18	17	1
San Diego	2	27	-25
San Francisco	3	7	-4
San Joaquín	4	6	-2
San Luis Obispo	2	2	0
San Mateo	1	6	-5
Santa Bárbara	3	4	-1
Santa Clara	10	15	-5
Santa Cruz	7	2	5
Shasta	2	1	1
Sierra	0	0	0
Siskiyou	0	0	0
Solano	4	4	0
Sonoma	3	4	-1
Stanislaus	0	4	-4
Sutter	0	1	-1
Tehama	0	1	-1
Trinidad	0	0	0
Tulare	2	4	-2
Tuolumne	3	0	3
Ventura	1	7	-6
Yolo	4	2	2
Yuba	0	1	-1

Fuente: Datos sobre el número de equipos móviles de crisis disponibles a partir de los resultados de la encuesta del condado. Datos sobre el número de equipos móviles de crisis necesarios y las brechas entre el número necesario y el número disponible según el análisis de la Calculadora de recursos de crisis