

**Invitación - Teleconferencia de Servicios Vocacionales/MH 7/30 10 am - ¡Por favor Comparta!**



**California Association of Local Behavioral Health  
Boards and Commissions**

**Invitación a teleconferencia  
30 de Julio de 2021, 10:00 am - 11:30 am**

[Enlace de registro](#)

(No hay ninguna tarifa para registrarse.)

Lo invitamos a unirse a nosotros para presentaciones y discusiones sobre:

**Servicios vocacionales / de salud mental:  
Integración de programas basados en la evidencia**

El empleo es una importante herramienta terapéutica, que mejora la calidad de vida y reducir los síntomas en individuos con enfermedad mental leve a moderada a grave.

**Palabras de apertura**

- Departamento de Rehabilitación (DOR), *Joe Xavier, Director*
- Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, *por sus, por sus, Jim Kooler, Dr.P.H., Subdirector Adjunto, Salud del Comportamiento*)
- Comisión de Supervisión y Rendición de Cuentas de los Servicios de Salud Mental (MHSOAC)

**Panel de altavoces**

- Servicios Vocacionales de Atención de Salud Conductual del Condado de Alameda: *Chris Lorente, Capacitador de Colocación Individual y Apoyo (IPS); Dawn Hanson, Supervisora de Rehabilitación*
- Solano County Behavioral Health and Caminar, Inc.: *Emery C6wan, LPCC, LMHC y Yazmin Robledo, Supervisora de IPS*
- Servicios de Salud Mental del Condado de Calaveras, *Betty Johnson, Gerente de Casos de Servicios de Empleo y Wendy Alt, LMFT, Subdirectora de Salud Conductual*

**discusión**

[Enlace de registro](#)

(No hay ninguna tarifa para registrarse.)

La Asociación de Juntas y Comisiones Locales de Salud conductual de CA (CALBHB/C) apoya el trabajo de las 59 juntas y comisiones locales de salud mental y conductual de CA.

CAL BHBC [cal@calbhbc.com](mailto:cal@calbhbc.com)



**DEPARTAMENTO DE SALUD mental**  
hope. recovery. wellbeing.

Jonathan E. SHERIN, M.D., Ph.D.

Curley L. Bonds, M.D.

director Médico de

Gregory C. Polk, M.P.A.

director Adjunto Jefe de

octubre 29, 2019

PARA: Supervisora Janice Hahn,  
Supervisora de Presidente Hilda L. Solis Supervisor  
Mark Ridley-Thomas Supervisor Sheila Kuehl  
Supervisor Kathryn Barger

DE: Jonathan E. Sherin, M.D., Ph.D. Director

ASUNTO: **INFORME SOBRE LA RESPUESTA A LA ESCASEZ DE CAMAS  
HOSPITALARIAS DE SALUD MENTAL (PUNTO 8, ORDEN DEL DÍA DEL 22 DE ENERO DE  
2019)**

El 22 de enero de 2019, la Junta de Supervisores (Junta) ordenó al Departamento de Salud Mental (DMH), en coordinación con la Oficina Ejecutiva (CEO), el Departamento del Sheriff y los Departamentos de Salud, que evaluara cómo abordar la escasez de camas de hospital de salud mental en el condado de Los Ángeles. Se ordenó a dmh que proporcionara a la Junta un informe que incluyera la siguiente información:

- a. Un plan para la creación de camas de hospital de salud mental para incluir sitios potenciales, opciones de financiamiento, población de pacientes y todos los demás detalles pertinentes;
- b. La necesidad actual y futura de camas de hospital de salud mental que apoyen a la población carcelaria;
- c. Una evaluación de todas las camas de hospital de salud mental contratadas y hacer recomendaciones que permitan al Condado mantener y/o aumentar el número de camas disponibles; y
- d. Una evaluación de la necesidad actual y futura de camas y servicios de salud mental de reducción, y un borrador de un plan para la creación de camas y servicios de reducción directa y contratados.

El informe adjunto "Abordar la escasez de camas de hospital de salud mental" sirve para cumplir las directrices de la Junta. Además, hemos adjuntado un informe relevante separado desarrollado por un consultor externo, Mercer Health & Benefits LLC. Este informe de Mercer evalúa las necesidades en el trastorno de salud mental y uso de sustancias del Condado de Los Ángeles

Cada Supervisor 29 de  
octubre de 2019  
Página 2

sistema de atención, con un enfoque particular en el tratamiento hospitalario y residencial, y ofrece recomendaciones para satisfacer estas necesidades.

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, póngase en contacto conmigo, o el personal puede ponerse en contacto con Gregory Polk, Director Adjunto jefe de operaciones administrativas, en (213) 738-4601 o [gpolk@dmh.lacounty.gov](mailto:gpolk@dmh.lacounty.gov).

JES:GP:jfs Datos adjuntos

c: Oficina Ejecutiva, Oficina Ejecutiva de la Junta de Supervisores  
Departamento de Salud Pública del Consejo del Condado  
Departamento de Servicios de Salud  
Tribunal Superior del Condado de Los Ángeles

Departamento de Salud Mental del Condado de Los  
Ángeles

Abordar la escasez de camas de hospital de salud mental:

Respuesta a la moción de la Junta de Supervisores

Jonathan E. Sherin. M.D., Ph.D. Director  
Departamento de Salud Mental

## Tabla de Contenidos

Resumen ejecutivo.....	3
.....	
Cambios recomendados en el sistema.....	3
.....	
Medidas recomendadas para..... la	
..... Junta	
..... de	
..... Supervisores	
.....	4
.....	
Introducción.....	6
.....	
Un ..... problema complejo	
.....	7
.....	
Desarrollo .....de todo	
..... tipo	
..... de	
.....camas de salud mental necesarias y	
..... servicios	
..... relacionados	
.....	7
.....	
Mejorar los servicios prehospitalarios de salud mental (flujo de clientes).....	9
.....	
Servicios prehospitalarios.....	9
.....	
Cambios recomendados en los servicios prehospitalarios.....	10
.....	
Mejorar los servicios posthospitalarios de salud mental (flujo de clientes externos).....	16
.....	
Servicios posthospitalarios.....	16
.....	
Cambios recomendados en los servicios posthospitalarios.....	17
.....	
Mejorar los servicios hospitalarios de salud mental.....	29
.....	
.....Servicios hospitalarios de salud	
.....mental	29
.....	
.....	

Cambios recomendados en los servicios hospitalarios ..... 30  
.....  
Medidas recomendadas para..... la  
..... Junta  
..... de  
..... Supervisores  
..... 33  
.....

## Resumen ejecutivo

Necesitamos mejorar las camas de salud mental y los servicios relacionados en nuestro sistema público de atención de salud mental en el Condado de Los Ángeles. Más allá de las camas de hospital de agudos, también necesitamos especialmente mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios de tratamiento subagudo y residencial para clientes con necesidades intensivas a largo plazo, así como nuestros servicios para tratar a los clientes en crisis y proporcionar alternativas a la hospitalización y / o encarcelamiento. Para lograr esto, debemos desarrollar la capacidad de camas y mejorar los servicios a lo largo de la continuidad de la atención. Si lo hace, minimizará el flujo de clientes a los hospitales, mejorará el flujo de clientes y proporcionará una atención al cliente de mayor calidad en general.

### Cambios recomendados en el sistema

#### Mejorar los servicios prehospitalarios de salud mental (flujo de clientes)

1. Desarrollar más centros de atención de urgencias de salud conductual
2. Continuar desarrollando tratamiento residencial de crisis y programas similares
3. Continuar desarrollando una red más sólida de servicios móviles de respuesta a crisis
4. Continuar mejorando la calidad y coordinación de los servicios prehospitalarios para clientes en crisis
5. Desarrollar opciones para programas intensivos de hospitalización ambulatoria y parcial para clientes en crisis
6. Continuar desarrollando servicios prehospitalarios holísticos y de apoyo para los clientes que están en o pueden necesitar una curatela de salud mental (LPS)
7. Continuar mejorando los servicios y programas de desviación que sirven como alternativas al encarcelamiento para los clientes involucrados en la justicia en crisis

#### Mejorar los servicios posthospitalarios de salud mental (flujo de clientes externos)

1. Desarrollar más camas y servicios subagudos
2. Desarrollar más camas de tratamiento residencial y servicios que proporcionen atención a largo plazo
3. Continuar mejorando la calidad de la atención y las transiciones de los clientes a través de camas y servicios de tratamiento subagudos y residenciales
4. Apoyar los esfuerzos para relajar o eliminar la exclusión federal de Medicaid SMI / SED IMD
5. Continuar invirtiendo en unidades y servicios de vivienda de apoyo, incluyendo juntas y cuidados
6. Desarrollar programas intensivos de hospitalización ambulatoria y/o parcial como una opción de tratamiento para las personas en transición fuera de las camas de salud mental
7. Continuar mejorando las asociaciones de servicio completo como servicio posthospitalológico
8. Desarrollar mejores servicios post-hospitalarios para clientes en una curatela de salud mental (LPS)
9. Realizar análisis adicionales del sistema de atención para refinar las estimaciones de las camas y servicios adicionales necesarios después del hospital.

#### Mejorar los servicios hospitalarios de salud mental

1. Desarrollar camas hospitalarias más agudas para niños
2. Desarrollar camas de hospital más agudas que puedan atender a los clientes desviados de la cárcel
3. Aumentar la proporción de camas de hospital de agudos disponibles exclusivamente para los clientes de DMH
4. Continuar mejorando la calidad de la atención y las transiciones de los clientes en todos los entornos hospitalarios
5. Abordar la escasez de psiquiatras en el sistema

## Medidas recomendadas para la Junta de Supervisores

Para ayudarnos a avanzar rápidamente para comenzar a implementar los cambios de sistema recomendados detallados a lo largo de este informe, el Departamento de Salud Mental (DMH) recomienda que la Junta de Supervisores tome las siguientes medidas:

1. Autorizar al Director del Departamento de Salud Mental (DMH), o a su designado, a llevar a cabo un piloto para ampliar la capacidad de camas de salud mental y mejorar la capacidad existente en la red de DMH, dentro de los siguientes parámetros:
  - a. El piloto tendrá una duración de dos años a partir de la fecha de aprobación de la Junta; y
  - b. DMH buscará adquirir hasta 500 camas de salud mental con licencia estatal, aprobadas o exentas de cualquier tipo y mezcla que ayuden a satisfacer las necesidades de la red de DMH, derivadas de la contratación de camas adicionales utilizando los fondos continuos disponibles de DMH.
  
2. Para los propósitos de la implementación piloto y sujeto a todas las leyes estatales y federales, revisión previa y aprobación en cuanto a la forma por parte del Abogado del Condado, y notificación por escrito de diez días a la Junta y al Director Ejecutivo (CEO), delegue la autoridad al Director de DMH para negociar, ejecutar y / o enmendar contratos con instalaciones con licencia estatal, aprobadas o exentas según sea necesario, con hasta un período inicial de cinco años y hasta dos extensiones opcionales de un año, para aumentar la capacidad de camas de salud mental existente, incluyendo:
  - a. Revisar, modificar o reemplazar las declaraciones de trabajo existentes;
  - b. Reflejar cambios regulatorios y/o de políticas federales, estatales o del condado;
  - c. Añadir o revisar cualquier tasa o tasas suplementarias negociadas o cualquier tasa establecida por el Estado aplicable; y
  - d. Rescindir dichos contratos de acuerdo con las disposiciones estándar de terminación de contrato del Condado, incluida la terminación por conveniencia.
  
3. Delegar la autoridad al Director de DMH, o a su designado, para contratar a un consultor de manera temporal y / o intermitente para ayudar a diseñar y ejecutar un plan integrado para el piloto, desarrollar declaraciones de trabajo para contratos y ayudar con otras actividades como parte de la construcción piloto, según sea necesario, con un monto máximo de contrato de \$ 500,000 utilizando los fondos de una sola vez disponibles de DMH.
  
4. Ordenar al Director de DMH que proporcione un informe anual de estado a la Junta de Supervisores con el primer informe que vence en enero de 2021 para incluir la siguiente información y análisis:
  - a. El número, tipo y costo de camas contratadas a través del piloto;
  - b. Una proyección de la cantidad de fondos restantes de DMH disponibles para adquirir camas adicionales hasta el objetivo de 500 camas del piloto;
  - c. El impacto de las camas contratadas adicionales en la red de DMH, incluyendo cualquier ahorro departamental u otras compensaciones de reducción de costos; mejoras en el flujo de clientes a través de la red; mejoras en la calidad y los resultados de la atención; y cualquier otra métrica pertinente; y

- d. Las oportunidades para una mayor expansión de camas, y los costos asociados, necesarios para alcanzar el objetivo de 500 camas del piloto, de cualquier tipo y combinación ayudarán a satisfacer las necesidades de la red de DMH que considera el trabajo de todos los esfuerzos del Condado para ampliar la disponibilidad de camas y servicios de salud mental.

5. Ordenar al Director de DMH que trabaje con el Ceo para desarrollar un plan de financiamiento propuesto para los costos asociados con las camas restantes necesarias para llegar al objetivo de 500 camas del piloto, en consulta con los departamentos afectados según sea necesario, que si se adopta se introduciría gradualmente en ciclos presupuestarios futuros, según sea necesario, que permitirá que las recomendaciones se consideren en el contexto de la financiación disponible restante de DMH, el presupuesto general y numerosas prioridades y solicitudes de financiamiento en competencia. Si está completo, incluya este plan de financiación propuesto con el informe de enero de 2021 a la Junta de Supervisores.
- a. Incluya en el plan opciones para convertir las camas con licencia o aprobadas existentes de una entidad a otros tipos de camas con licencia o aprobadas que satisfagan las necesidades de la red de DMH que consideren disposiciones de costos compartidos por única vez por las cuales el Condado puede financiar una parte del costo de las conversiones de camas.
  - b. Incluya en el plan la consideración de fondos adicionales que pueden estar disponibles a través del gobierno estatal y federal, las aseguradoras privadas y la filantropía.
6. Dirigir al Director de DMH, en coordinación con el CEO, para llevar a cabo una evaluación de necesidades para proveedores de personal y / o contratados para desarrollar y mejorar aún más los programas y servicios ambulatorios y administrativos que apoyan la red de DMH de tratamiento basado en instalaciones, incluyendo pero no limitado a: (1) servicios móviles de respuesta a crisis; (2) servicios de gestión de la utilización; (3) Servicios de asociación de servicio completo; y (4) otras alternativas a la hospitalización, como la hospitalización ambulatoria intensiva y la hospitalización parcial; financiado por DMH disponibles fondos en curso e informe a la Junta.
- a. Incluya en la evaluación las necesidades de personal de administración adicional, tecnología, espacio de instalaciones u otra infraestructura administrativa para apoyar el trabajo de este personal y programas.
7. Dirigir al DIRECTOR EJECUTIVO, en coordinación con los Departamentos de Servicios de Salud, Salud Mental, Salud Pública, Servicios para Niños y Familias, la Iniciativa para Personas sin Hogar, la Autoridad de Desarrollo del Condado de Los Ángeles y otros departamentos que atienden a las poblaciones que usan las camas / servicios, para realizar un análisis de la variedad de programas del Condado y las corrientes de financiamiento relacionadas con la vivienda de apoyo (incluyendo juntas y cuidados, vivienda de apoyo permanente y viviendas de apoyo provisionales / puente y entornos de vida de otra manera) para aquellos con necesidades de trastorno por uso físico, mental o de sustancias.
- a. Indique al Director Ejecutivo que incluya en este análisis opciones para administrar estos programas y flujos de financiamiento para mejorar la eficiencia y garantizar que la capacidad de vivienda de apoyo necesaria, como se delineó anteriormente, se desarrolle utilizando los fondos disponibles.

## Introducción

La moción del 22 de enero de 2019, "Abordar la escasez de camas de hospital de salud mental" <sup>1</sup>, destaca un grave déficit en el sistema de atención de salud mental del condado de Los Ángeles. Nuestro sistema no está brindando suficientes servicios hospitalarios de salud mental de alta calidad para satisfacer la necesidad, y los efectos de este déficit son terribles:

- Las salas de emergencia psiquiátricas del Departamento de Servicios de Salud están gravemente superpobladas, y los pacientes a veces tienen que permanecer varios días mientras esperan una cama de hospital.
- En un día cualquiera, de cuatro a cinco mil personas con enfermedades mentales graves y, a menudo, trastorno por uso de sustancias concomitante son encarceladas en los sistemas de justicia del Condado de Los Ángeles y necesitan atención. Muchos de sus encarcelamientos podrían haberse evitado por completo si hubieran recibido el tratamiento necesario.
- Aproximadamente el 25% de las personas adultas sin hogar en el condado de Los Ángeles tienen una enfermedad mental grave y necesitan atención. Estas personas a menudo entran y salen en bicicleta de los hospitales y los sistemas de justicia sin que nunca se las ponga en un camino sostenible hacia la recuperación.
- Las tasas de readmisión en nuestros hospitales de salud mental son demasiado altas. De acuerdo con un análisis reciente de un consultor externo<sup>2</sup>, nuestra red de hospitales de pago por servicio de Medi-Cal en el Condado de Los Ángeles tiene una tasa de readmisión promedio de 30 días de 37.8%. La media nacional está más cerca del 20%<sup>3</sup>.
- Demasiados clientes se están atascando en nuestros hospitales porque no hay suficientes camas y servicios post-hospitalarios. Las listas de espera para la transición al siguiente nivel de atención son largas y cada vez más largas, especialmente para los clientes del hospital en una curatela de salud mental (LPS). Las poblaciones especiales, como las que están actualmente o antes involucradas en la justicia, aquellas con trastorno por uso de sustancias concomitante o condiciones de salud física co-mórbidas, las mayores de 65 años y las personas con discapacidades del desarrollo, son especialmente difíciles de ubicar.
- Ha habido un aumento en los episodios de violencia de los clientes en los hospitales, afectando tanto al personal del hospital como especialmente a otros clientes.

Para responder a esta moción, nos basamos en el conocimiento y la experiencia de muchos expertos en la materia, tanto dentro como fuera del Condado de Los Ángeles. Gran parte de este informe hace referencia a un análisis de nuestros servicios basados en instalaciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias realizado por Mercer Health & Benefits LLC. Este informe también se basa en el trabajo inicial de la Oficina de Desviación y Reingreso (ODR) y la Corporación RAND para examinar la población de personas con enfermedades mentales graves en los sistemas de justicia del Condado de Los Ángeles. Finalmente, durante los últimos meses hemos organizado un Comité Directivo de la Red hospitalaria compuesto por expertos del Departamento de Salud Mental (DMH), el Departamento de Servicios de Salud (DHS), el Departamento de Salud Pública (DPH), el Tribunal Superior de Los Ángeles y varios sistemas de salud privados. Las ideas y recomendaciones de esta comisión también se incorporan en todas partes.

Estos expertos provienen de diferentes orígenes y partes del sistema, y no siempre estuvieron de acuerdo en los matices de los problemas o las soluciones ideales para abordarlos. Pero hubo acuerdo

general en tres cosas:

- De hecho, hay una escasez de servicios hospitalarios de salud mental para aquellos que realmente los necesitan.

---

<sup>1</sup> <http://file.lacounty.gov/SDSInter/bos/supdocs/131546.pdf>

<sup>2</sup> "Countywide Mental Health and Substance Use Disorder Needs Assessment". Mercer Health & Benefits LLC.

<sup>3</sup> <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb189-Hospital-Readmissions-Psychiatric-Disorders-2012.pdf>

- Es poco probable que la creación de nuevas camas de hospital, por sí sola, resuelva esta escasez.
- La única manera de abordar este problema de manera sostenible es examinar todo el sistema de camas y servicios de salud mental, incluidos los que desempeñan un papel antes, durante y después de las estancias hospitalarias, y abordar todos los factores (por ejemplo, la capacidad y la calidad del servicio) a través de este continuo que, en combinación, actúan para limitar la disponibilidad de camas hospitalarias de salud mental.

### Un problema complejo

La disponibilidad de camas hospitalarias de salud mental depende tanto de la capacidad de las camas hospitalarias en el sistema como de la calidad de los servicios prestados. Es más probable que los servicios de mayor calidad promuevan la recuperación de los clientes y reduzcan el riesgo de readmisión, lo que puede reducir la demanda futura de camas y servicios hospitalarios y aliviar la escasez de camas.

Sin embargo, la disponibilidad de camas de hospital también depende de lo que suceda antes y después del hospital. Las camas y servicios prehospitales de alta calidad, especialmente aquellos que responden a las crisis de salud mental y las abordan, a las personas en crisis antes de que aumenten a un nivel hospitalario de necesidad y ayudan a reducir el flujo de clientes a los hospitales. Y las camas y servicios posthospitalarios de alta calidad proporcionan lugares seguros para que los clientes hospitalizados puedan ir una vez que ya no requieren atención aguda, lo que ayuda a aumentar el flujo de clientes fuera de los hospitales y abrir las camas de hospital para los clientes que realmente los necesitan.



Los propios hospitales tienen poco control sobre estas camas y servicios pre y posthospitalarios. Y, sin embargo, ambos tienen un impacto descomunal en la disponibilidad de camas de hospital de salud mental. Este tipo de problema es un sello distintivo de un sistema complejo, y lleva a casa la necesidad de planificación y desarrollo holístico del sistema para abordarlo.

### Desarrollo de todos los tipos de camas de salud mental necesarias y servicios relacionados

Debemos continuar construyendo un sistema público de atención de salud mental que haga todo lo posible para mitigar el riesgo de hospitalización, la participación del sistema de justicia y la falta de vivienda, y garantice que los hospitales puedan centrarse principalmente en atender a aquellos clientes que realmente necesitan atención aguda. Para lograr esto, necesitamos un enfoque integral para desarrollar todo tipo de camas de salud mental necesarias y servicios relacionados en todo el continuo.

Las camas/instalaciones de salud mental en el sistema público de atención de salud mental del Condado

de Los Ángeles se pueden dividir en tres tipos amplios:

- **Hospital de Salud Mental:** Atención aguda 24/7 para episodios a corto plazo

- **Salud mental Subagudo**<sup>4</sup>: 24/7 atención subaguda (bloqueada) para episodios a largo plazo
- **Residencial de Salud Mental**<sup>5</sup>: Atención residencial (desbloqueada) 24/7 para episodios a corto y largo plazo

Además, hay muchos servicios no basados en instalaciones en nuestro sistema de atención que también ayudan a reducir el flujo de clientes a los hospitales o aumentar el flujo de clientes fuera de los hospitales y en entornos comunitarios. Describimos las camas de salud mental y los servicios relacionados en el continuo de atención con más detalle a lo largo de este informe.

El resto de este informe ofrece recomendaciones para cambios en el sistema para desarrollar todo tipo de camas de salud mental necesarias y servicios relacionados en todo el sistema público de atención de salud mental del Condado de Los Ángeles. Estos incluyen recomendaciones para mejorar la disponibilidad y la calidad de (1) camas y servicios prehospitalarios, (2) camas y servicios posthospitalarios, y (3) camas y servicios hospitalarios en sí mismos. También ofrecemos cambios recomendados para mejorar la coordinación de estos servicios, así como para servir mejor a las poblaciones especiales que a menudo tienen más dificultades para recibir la atención que desean y necesitan.

Todas las directivas de la moción del 22 de enero se han incorporado a lo largo de este informe, con una mirada más amplia sobre cómo expandir la red de DMH de camas de salud mental y servicios relacionados, no solo las camas de hospital.

---

<sup>4</sup> En el campo médico, la atención a largo plazo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, como nuestra atención subaguda de salud mental, se conoce como "atención extendida". Nuestras instalaciones subagudas se conocen comúnmente como "IMDs" (Instituciones para Enfermedades Mentales), pero este término es potencialmente engañoso. IMD es un término federal, y se refiere a cualquier centro de tratamiento 24/7 con más de 16 camas que proporciona *principalmente* atención de salud mental o uso de sustancias. Todas

nuestras instalaciones subagudas son IMDs, pero también lo son muchos de nuestros hospitales, así como algunas de nuestras instalaciones de tratamiento residencial. Críticamente, Medicaid federal actualmente no paga por los servicios proporcionados en IMDs a adultos de 21 a 64 años.

<sup>5</sup> La versión de estas camas diseñadas para episodios a largo plazo se conoce comúnmente como "stepdown" o "IMD stepdown", aunque de nuevo el término IMD es potencialmente engañoso.

## Mejorar los servicios prehospitalarios de salud mental (flujo de clientes)

Una sólida red de servicios prehospitalarios de alta calidad aumenta efectivamente la disponibilidad de todas las camas de salud mental en nuestro sistema de atención porque estos servicios ayudan a reducir de forma segura el flujo de personas en crisis hacia entornos hospitalarios. Estos servicios también ayudan de manera crucial a reducir el riesgo de encarcelamiento o falta de vivienda durante y después de una crisis.

Técnicamente, casi cualquier servicio o entorno de atención no hospitalario podría considerarse un servicio "prehospitalológico", ya que todo el sistema de atención no hospitalaria tiene la responsabilidad de hacer lo que pueda para reducir el riesgo de hospitalización del cliente. Nuestra red de servicios de salud mental ambulatorios generales, por ejemplo, previene muchas crisis futuras al mantener a los clientes en la comunidad comprometidos y avanzar hacia la recuperación.

Pero esta sección se centra específicamente en aquellos servicios prehospitalarios con más probabilidades de servir a los clientes durante una crisis y que afectan más directamente el flujo de clientes a los hospitales. En la medida de lo posible, estos servicios responden a los clientes en crisis e intentan resolver esas crisis de manera segura y humana en la comunidad, con la esperanza de evitar la escalada a un nivel agudo de atención hospitalaria o la participación del sistema de justicia.

### Servicios Prehospitalarios

El sistema de atención de dmh incluye varios tipos de servicios prehospitalarios para las personas que experimentan una crisis de salud mental, así como mecanismos para coordinar estos servicios. Estos incluyen:

- **Centros de llamadas 24/7** que envían llamadas a crisis y ayudan a enviar equipos móviles de respuesta a crisis, incluido el Dmh Access Center, la National Suicide Prevention Lifeline (operada en el condado de Los Ángeles por Didi Hirsch) y 211LA.
- **Equipos móviles de respuesta a crisis, incluido el** programa de equipo de respuesta móvil psiquiátrica (PMRT) de DMH, así como equipos de emergencia psiquiátrica (PET) operados por hospitales privados. Estos equipos a menudo son enviados por los centros de llamadas anteriores y ayudan a evaluar y resolver las crisis de salud mental en el campo. Si es necesario, pueden colocar a los clientes en una bodega psiquiátrica y organizar su transporte a un hospital.
- **Equipos de co-respuesta de las fuerzas del orden**, como el programa systemwide mental assessment response team (SMART) del LAPD y el programa del equipo de evaluación mental (MET, por sus siglas en inglés) del sheriff del condado de Los Ángeles. Estos equipos incluyen médicos de DMH emparejados con agentes de la ley especialmente capacitados. Son enviados por las agencias de aplicación de la ley, por lo general después del primer contacto de la policía regular, por lo que desempeñan un papel especialmente en la mitigación del riesgo de encarcelamiento para las personas en crisis.
- **Programas de Asociación de Servicio Completo (nuestra versión de tratamiento comunitario asertivo)** que, además de proporcionar atención ambulatoria a algunos de nuestros clientes más vulnerables en la comunidad, también son responsables de responder a las crisis de esos clientes las 24 horas del día, los 7 días de la hora de la ciudad.

- **Centros de atención de urgencia de salud conductual y salas de emergencia psiquiátrica que están** diseñados para proporcionar hasta 23 horas de servicios de estabilización y observación de crisis a clientes en crisis.
- **Tratamiento residencial de crisis,** respites de pares y otras instalaciones residenciales que proporcionan una alternativa voluntaria durante la noche a la hospitalización durante las crisis.

## Cambios recomendados en los servicios prehospitalarios

El sistema público de atención de salud mental del Condado debe hacer lo que pueda para mitigar el riesgo de que las crisis se conviertan en hospitalización, participación de la justicia y falta de vivienda. Por cada 365 días-cama de hospitalizaciones agudas o encarcelamientos evitados, el Condado efectivamente "crea" una cama de hospital o cárcel y sus servicios asociados para una persona que realmente lo necesita. Y si esa cama no es necesaria, evitamos tener que construirla, pero también, lo más importante, evitamos el daño individual, familiar y comunitario que viene con las hospitalizaciones evitables, los encarcelamientos y la falta de vivienda. El costo humano de un sistema que no logra prevenir adecuadamente estos resultados es el costo más alto.

Crisis Now, una coalición liderada por la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMHPD, por sus— ha presentado un modelo de atención de crisis prehospitalaria que ha demostrado ser exitoso en varias jurisdicciones, incluida Arizona. Si su modelo se aplicara al Condado de Los Ángeles, estiman que necesitaríamos aproximadamente 486 camas /sillas de centros de atención de urgencia de salud conductual, 413 camas de crisis a corto plazo (por ejemplo, tratamiento residencial de crisis) y 75 equipos móviles de respuesta a crisis (suponiendo que 4 clientes atendidos por equipo por día) junto con servicios sólidos para coordinarlos y apoyarlos (incluidos los centros de llamadas). Si estos estuvieran en su lugar y totalmente apoyados, estiman que necesitaríamos solo 1,307 camas de hospital de salud mental en total en todo el condado para proporcionar atención psiquiátrica aguda <sup>6</sup>.

Por supuesto, este modelo es una estimación formulaica. Muchos aspectos de nuestro condado y sistema de atención son un desafío único, incluidas las diferencias en las poblaciones de clientes, las disparidades e inequidades, la geografía, etc. Es probable que las verdaderas necesidades de nuestro condado difieran de las estimaciones de este modelo; podrían ser más bajas, o pueden ser incluso más altas. Sin embargo, modelos como este son importantes porque son útiles, incluso si pueden no ser exactamente "correctos". Ponen de relieve las posibles lagunas en nuestro sistema de atención, y lo que es aún más importante, nos muestran un paradigma diferente de cómo podría funcionar el sistema. Como mínimo, modelos como este, especialmente cuando nuestro sistema difiere, deberían llevarnos a examinar qué tan bien estamos satisfaciendo las necesidades de nuestros clientes para este tipo de servicios.

En contraste con lo que el modelo crisis ahora sugiere que necesitamos, nuestra red actual de servicios prehospitalarios tiene sólo 132 camas de atención de urgencia, 81 camas residenciales de crisis y 45 equipos móviles de respuesta a crisis (sin incluir los equipos de co-respuesta de las fuerzas del orden), aunque hay muchos más de estos tipos de camas actualmente en desarrollo. Tenemos más cerca de 2.400 camas de hospital de salud mental. También tenemos 69 camas de emergencia psiquiátrica en 3 instalaciones operadas por el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles (DHS), aunque a menudo deben operar a una capacidad muy por encima de esta. Pero estas camas son necesarias para evaluar los casos de crisis que tienen más probabilidades de merecer hospitalización. Debido a la falta de disponibilidad de servicios de crisis prehospitalarios y camas de hospitales de agudos, las salas de emergencia psiquiátricas del DHS casi siempre están abarrotadas, lo que hace que sea extraordinariamente difícil satisfacer las necesidades de los clientes más agudos en crisis.

Hay muchas soluciones que debemos buscar para mejorar la disponibilidad y la calidad de los

servicios prehospitalarios. Al mejorar estos servicios, podemos reducir el flujo de clientes a entornos hospitalarios, un paso crítico para abordar la escasez de camas de salud mental en nuestro sistema de atención. Los siguientes son nuestros cambios recomendados para mejorar la red de DMH de camas prehospitalarios y servicios relacionados.

---

<sup>6</sup> Desde <https://crisisnow.com>. Las estimaciones de camas provienen de la herramienta calculadora de camas Crisis Now que utiliza una población de 10,160,000 y una duración promedio de hospitalización aguda de 9 días.

## **1 – Desarrollar más centros de atención de urgencias de salud conductual**

Actualmente tenemos 132 camas / sillas de atención de urgencia de salud conductual en nuestro sistema de atención distribuidas en 8 instalaciones diferentes. Además, hay algunos centros de atención de urgencias en proyecto: Star View City of Industry, que tendrá 12 camas para adultos y 6 camas para adolescentes; un UCC high desert en el Valle del Antílope, que tendrá 12 camas para adultos y 6 camas para adolescentes; y una nueva instalación en el Olive View-UCLA Medical Center Campus, que tendrá 12 camas para adultos y 6 camas para adolescentes y reemplazará la instalación actual de 8 camas en el campus. Esto llevará el total de camas de atención de urgencia en nuestra red a 178 en 10 instalaciones.

Tanto Mercer como nuestro Comité Directivo de la Red de Hospitales están recomendando una mayor expansión de estas camas. El modelo Crisis Now sugiere que podemos necesitar 486 camas de atención de urgencia para satisfacer la necesidad de atención de crisis prehospitalaria, lo que supondría un aumento de 354 camas con cargo a nuestra red actual. Este tipo de expansión significaría que podríamos resolver muchas más crisis en la comunidad antes de que alcancen un nivel hospitalario de necesidad y, con suerte, evitar muchas hospitalizaciones innecesarias, encarcelamientos y episodios de personas sin hogar.

Las camas de atención de urgencia proporcionan atención de crisis basada en la comunidad. Deben ser accesibles para los clientes, sus familias y los socorristas, incluida la prestación de un servicio conveniente a las fuerzas del orden para permitirles dejar a los clientes en crisis y regresar rápidamente a su patrulla. Además, lo ideal es combinarse con camas de crisis a corto plazo las 24 horas del año, los 7 días de la semana, como nuestros programas de tratamiento residencial de crisis, para permitir una rápida escalada de la atención para los casos de crisis según sea necesario, al tiempo que proporcionan una alternativa a la hospitalización.

Idealmente, estas instalaciones deben estar en comunidades de todo el condado de Los Ángeles. No se consideran IMDs, por lo que los servicios de estabilización de crisis proporcionados a todos los beneficiarios elegibles de Medi-Cal recibirán fondos federales de contrapartida. Y dado que el mayor uso de estos centros debería resultar en una reducción en las hospitalizaciones y los episodios de la sala de emergencias, esto podría permitir un uso más eficiente de los recursos limitados del hospital y la sala de emergencias para aquellos que realmente los necesitan y posiblemente resultar en una reducción neta en los costos de atención médica.

## **2 – Continuar desarrollando tratamiento residencial de crisis y programas similares**

Actualmente tenemos 81 camas de tratamiento residencial de crisis en 6 instalaciones. Además, tenemos muchas camas residenciales de crisis en desarrollo:

- 16 camas en el Mlk Community Hospital Behavioral Health Center (BHC)
- 64 camas en el Campus del Centro Médico LAC+USC, como parte de la Fase I de la Aldea Restauradora planificada, distribuidas en 4 unidades
- 80 camas en el Olive View-UCLA Medical Center Campus repartidas en 5 unidades
- 80 camas en el Campus del Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos repartidas en 5 unidades

- 48 camas en 3 instalaciones privadas (SSG, LACADA y The Teen Project)

Se trata de 288 camas residenciales de crisis en proyecto que, cuando se agreguen a nuestra red actual, nos darán un total de 369 camas residenciales de crisis en general, cerca de la estimación del modelo Crisis Now de la cantidad necesaria.

Además de seguir desarrollando estas nuevas camas, también debemos asegurarnos de que tengan interfaces robustas con los centros de atención de urgencias para facilitar las transiciones fáciles de los clientes en crisis que requieren más de 24 horas de tratamiento, pero no necesariamente necesitan un nivel hospitalario de atención. Sin embargo, incluso para los clientes que eventualmente necesitan atención hospitalaria, tener atención de urgencia y centros residenciales de crisis triage estos clientes primero ayuda a moverlos hacia una recuperación más rápida y una estancia hospitalaria más corta. Estas instalaciones se *consideran* IMDs si tienen más de 16 camas de tamaño; por lo tanto, por ahora, debemos construirlas como programas distintos de 16 camas para poder recibir fondos federales de medicaid por sus servicios.

Hay otros tipos de camas de crisis que también son valiosas como alternativas a la hospitalización. Las instalaciones de relevo entre pares brindan atención de crisis durante la noche y son administradas en su mayoría por compañeros con experiencia vivida de enfermedades mentales. Cada vez hay más evidencia de que las respites de pares pueden ser una alternativa altamente efectiva a la hospitalización durante las crisis<sup>7</sup>. Actualmente, tenemos solo 2 centros de relevo de pares en el Condado de Los Ángeles. Este es un tipo de servicio eficaz que recomendamos encarecidamente para una mayor expansión.

### **3 – Seguir desarrollando una red más sólida de servicios móviles de respuesta a crisis**

Actualmente tenemos 90 empleados de primera línea en nuestro programa de Equipo de Respuesta Móvil Psiquiátrica (PMRT, por sus 45 equipos). Debido a los desafíos con el servicio rápido de los clientes, como los tiempos de espera para asegurar el transporte en ambulancia para los clientes, estos equipos generalmente solo pueden servir de 2 a 3 clientes por día.

El modelo Crisis Now estima que necesitamos 75 equipos móviles de respuesta a la crisis para satisfacer la necesidad, y eso supone que cada equipo sería capaz de atender a 4 clientes por día. Por lo tanto, este modelo sugeriría que necesitamos una red más robusta de servicios móviles de respuesta a crisis, especialmente cuando se combina con una red más grande de atención de urgencia y camas residenciales de crisis.

Debemos continuar expandiendo nuestro programa PMRT. Además, actualmente los equipos de PMRT solo cuentan con personal regular de lunes a viernes durante el horario comercial. Después de horas y los fines de semana, el servicio de PMRT depende totalmente de las horas extras voluntarias de PMRT y otros médicos alrededor de DMH. Esto dificulta la creación de un servicio sólido las 24 horas del día, los 7 días de la hora de la información que se ajusta a los patrones de demanda del cliente. Debemos seguir explorando los cambios para ampliar los equipos en general y reducir significativamente los tiempos de respuesta a las llamadas de crisis.

Además, debemos seguir buscando formas de mejorar los tiempos de servicio. El transporte en ambulancia es una gran barrera; los equipos a menudo deben esperar horas con los clientes para que llegue una ambulancia antes de poder pasar a otra llamada de crisis. Actualmente estamos explorando varias formas de resolver este problema, incluidas las opciones alternativas de transporte de clientes, como el proyecto de transporte terapéutico Innovation 7<sup>8</sup>.

**4 – Continuar mejorando la calidad y la coordinación de los servicios prehospitalarios para clientes en crisis**

Es importante contar con servicios de crisis prehospitalarios que estén ampliamente disponibles. Además, estos servicios deben estar bien coordinados y ser de alta calidad para aumentar la probabilidad de resolver crisis sin necesidad de

---

<sup>7</sup> <https://www.integration.samhsa.gov/images/res/PDF,%20PSWRC.pdf>

<sup>8</sup> [http://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1044118\\_CombinedProposalandBudget9-5-18.pdf](http://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1044118_CombinedProposalandBudget9-5-18.pdf)

para hospitalización o encarcelamiento. Hay varias áreas en las que nuestra red de servicios de crisis prehospitalaria podría mejorarse en este sentido.

El personal de apoyo entre pares de salud mental, personas con experiencia vivida en salud mental que brindan apoyo a otras personas necesitadas, puede ser increíblemente efectivo para ayudar a reducir el riesgo de hospitalización y encarcelamiento para aquellos en crisis. Sin embargo, los compañeros se utilizan de manera inadecuada e incoherente como parte de nuestra red de servicios de crisis prehospitalarios. Estamos trabajando para ampliar el uso de este tipo de personal en todo momento.

También hay oportunidad para mejorar la coordinación entre los principales centros de llamadas que hacen llamadas de crisis en el Condado de Los Ángeles. Para coordinar mejor el envío del equipo de respuesta móvil, debe haber un conjunto uniforme de estándares para los centros de llamadas de crisis junto con capacitación para los agentes del centro de llamadas para garantizar una mayor consistencia en el triaje y el envío de estos servicios de crisis.

Los programas de Asociación de Servicio Completo (FSP, por sus, por sus, por sus) pueden ser responsables de responder las 24 horas del día, los 7 de los 7 días de la semana a las crisis de sus clientes, pero muchos programas lo hacen de manera inconsistente y/o inadecuada. Este es un enfoque importante de nuestros esfuerzos actuales para renovar el programa FSP para tener un enfoque mucho mayor en los resultados de la atención.

No hay suficiente intercambio de información entre los que responden a las crisis y los proveedores regulares de tratamiento de salud mental. Los socorristas a menudo tienen poca visibilidad del historial de tratamiento de los clientes ni información sobre sus proveedores de salud mental actuales (por ejemplo, FSP), y por lo tanto a menudo sienten que están trabajando en la oscuridad para resolver las crisis de los clientes. Esto es especialmente un problema para los clientes más agudos en las salas de emergencia; estas instalaciones necesitan acceso a la información clínica de los clientes en tiempo real, lo que les ayudará a realizar un mejor triaje y resolver las crisis.

Un mejor intercambio de información para las personas en crisis también permitiría un mayor uso y visibilidad de las instrucciones anticipadas psiquiátricas (PAD), o las instrucciones anticipadas generales para los clientes que no sienten que tienen una enfermedad psiquiátrica. Estos documentos permiten a un cliente especificar, en un momento en que está lo suficientemente bien como para hacerlo, con qué tratamiento futuro está de acuerdo si finalmente se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo durante una crisis de salud mental<sup>9</sup>.

Nos encontramos en las primeras etapas de la exploración de cómo podemos mejorar el intercambio de información durante las crisis. Las nuevas formas de utilizar los intercambios de información en salud (HIEs, por sus, como la red LANES o las HIEs privadas creadas con este fin, podrían ayudar enormemente a resolver los problemas derivados de la falta de información durante las crisis.

En general, se deben mejorar las tecnologías existentes para ayudarnos a coordinar la atención de crisis prehospitalaria de alta calidad en todo el condado. Según una moción anterior de la Junta de Supervisores, estamos desarrollando una aplicación<sup>10</sup> para rastrear la disponibilidad de camas de salud

---

<sup>9</sup> <https://www.nrc-pad.org/>

<sup>10</sup> El personal de salud responde a las llamadas de emergencia (AMDRN) en línea

mental en todo nuestro sistema de atención, incluida la atención de urgencia y las camas de crisis. Nuestros equipos móviles de respuesta a crisis tendrán acceso a esta aplicación en sus teléfonos, lo que ayudará en gran medida a estos equipos a encontrar camas de crisis disponibles cerca.

---

<sup>9</sup> <https://www.nrc-pad.org/>

<sup>10</sup> El Consejo Estatal de Recursos de Salud de Nueva Jersey (NJSRHS) es el organismo

## **5 – Desarrollar opciones para programas intensivos de hospitalización ambulatoria y parcial para clientes en crisis**

Para las personas que necesitan la intensidad de la atención de crisis proporcionada por las instalaciones residenciales de crisis, pero no requieren supervisión las 24 horas del día, los programas intensivos de hospitalización ambulatoria y parcial (IOP / PHP) son una gran opción. Estos programas generalmente proporcionan un programa integral de servicios de salud mental y apoyan al menos 3 veces por semana durante 4 o más horas cada vez, acercándose así a un nivel de intensidad de los servicios de salud mental basados en instalaciones. Pero los clientes en estos programas todavía pueden asistir a la escuela o al trabajo y vivir en casa, por lo que estos programas a menudo resultan menos perjudiciales para la vida de los clientes que la admisión a un hospital, subagudo o centro residencial.

Desafortunadamente, estos programas son una pequeña parte de nuestro sistema actual de atención y apenas se utilizan como parte del continuo de atención de crisis. Medi-Cal ha implementado dos versiones de este tipo de programas, llamados Rehabilitación Diurna (DR) y Tratamiento Diurno Intensivo (DTI). Pero no hay programas de DTI/DR para adultos en el Condado de Los Ángeles. Se utilizan casi exclusivamente para los clientes jóvenes que forman parte del sistema de bienestar infantil.

El problema no es la falta de programas intensivos de hospitalización ambulatoria y/o parcial; hay un montón de estos en el condado de Los Ángeles y con frecuencia son ofrecidos por los hospitales como una alternativa a la hospitalización. El problema parece estar con los programas DTI/DR de Medi-Cal específicamente, que son los únicos programas como IOP/PHP disponibles para los beneficiarios de salud mental especializados de Medi-Cal. En 2002, el entonces Departamento de Salud Mental del Estado de California impuso nuevos mandatos a los programas de DTI/DR que fueron ampliamente vistos como desafiantes. En respuesta, la mayoría de las instalaciones (incluidas todas en el Condado de Los Ángeles) cerraron sus programas de DTI / DR para adultos en lugar de tratar de cumplir con estas nuevas regulaciones.

La falta de estos programas para adultos es un déficit significativo en nuestro sistema de atención. Ciertos clientes en crisis se benefician de este tipo de programas, y sin ellos nos vemos obligados a utilizar alternativas que con demasiada frecuencia terminan incluyendo la hospitalización. Debemos explorar cómo desarrollar estos programas nuevamente para adultos en el Condado de Los Ángeles, especialmente como una forma de desviar a los clientes en crisis que no necesitan monitoreo 24/7 lejos de los hospitales y hacia entornos menos disruptivos.

## **6 – Continuar desarrollando servicios prehospitalarios holísticos y de apoyo para clientes que están en o pueden necesitar una curatela de salud mental (LPS)**

Nuestro informe del 10 de julio de 2018 a la Junta, "Expanding LPS and Probate Conservatorship Capacity in LA County"<sup>11</sup>, destacó la necesidad de un proceso ambulatorio para conservar a los clientes gravemente discapacitados para que no necesiten ser hospitalizados primero para ser conservados. Este proceso de curatela ambulatoria será fundamental para desarrollar mejores servicios prehospitalarios para aquellos que están en o pueden necesitar una curatela de salud mental. Muchos de nuestros clientes gravemente discapacitados que necesitan curatela no necesitan un nivel agudo

de atención. Colocarlos en un nivel más bajo de atención con un proceso de curatela que no requiere hospitalización tiene el potencial de reducir significativamente las hospitalizaciones en general para esta población.

---

<sup>11</sup> <http://file.lacounty.gov/SDSInter/bos/supdocs/116143.pdf>

Además, necesitamos desarrollar formas más estructuradas de garantizar que todas las alternativas apropiadas a la curatela, como los programas de Receptor de Servicio Intensivo de Atención Integral (WPC-ISR) o Tratamiento Ambulatorio Asistido (AOT), se intenten para los clientes elegibles antes de que sean referidos para una curatela de salud mental. Las pautas de referencia estándar para estos programas, junto con un mejor intercambio de información entre los proveedores de crisis (incluidos los centros de llamadas de crisis), como se identificó anteriormente, ayudarían significativamente con esto.

## **7 – Continuar mejorando los servicios y programas de desviación que sirven como alternativas al encarcelamiento para clientes involucrados en la justicia en crisis**

Por último, debemos seguir mejorando nuestros servicios prehospitalarios que ayudan a desviar a los clientes antes del encarcelamiento. Nuestros equipos de co-respuesta de las fuerzas del orden son un elemento esencial de este tipo de desviación, y debemos continuar evaluando, mejorando y ampliando estos programas según sea necesario.

Además, nuestro Programa de Vinculación de la Corte de Salud Mental (CLP, por sus, también proporciona servicios de desviación crítica después del arresto pero antes del encarcelamiento). Este programa incluye dos instalaciones residenciales a las que puede desviarse clientes involucrados en la justicia antes de ser encarcelados, especialmente las personas que se determina que son delitos menores incompetentes para ser juzgados (MIST). Además, el CLP proporciona vínculos con servicios ambulatorios para clientes involucrados en la justicia como una alternativa voluntaria al encarcelamiento. Sin embargo, el programa requiere una mayor expansión para satisfacer plenamente la necesidad. No hay suficiente personal clínico en el programa para cubrir todos los tribunales del Condado de Los Ángeles que probablemente se encuentren con personas con enfermedades mentales graves. La expansión de este programa proporcionaría oportunidades adicionales para desviar a los clientes en crisis antes del encarcelamiento.

Por último, el personal de apoyo entre pares capacitado forensemente puede ser una adición invaluable a los servicios de crisis para los clientes en riesgo de participación de la justicia. Este personal puede trabajar con otro personal clínico y la policía para ayudar a reducir el riesgo de encarcelamiento para aquellos en crisis. Debemos seguir evaluando formas de ampliar el uso del personal de apoyo entre pares como parte de estos servicios.

## Mejorar los servicios posthospitalarios de salud mental (flujo de clientes externos)

Así como necesitamos una red sólida de servicios prehospitalarios de alta calidad para reducir de forma segura el flujo de clientes a entornos hospitalarios, también necesitamos suficientes camas y servicios posthospitalarios de alta calidad para aumentar de forma segura el flujo de clientes. En combinación, estos dos grupos de servicios ayudan a garantizar que los clientes solo sean admitidos y permanezcan en hospitales mientras necesitan un nivel agudo de atención.

Dado que los servicios hospitalarios y de emergencia también son los más costosos en el sistema de atención de salud mental, tener una red sólida de servicios pre y posthospitalarios que reduzca las hospitalizaciones y los ingresos en la sala de emergencias también es financieramente prudente. Pero lo más importante, al minimizar la necesidad de atención hospitalaria y reducir el encarcelamiento debido a enfermedades mentales, limitamos el costo humano para los clientes, las familias y las comunidades en todo el condado.

Una vez más, técnicamente todos los servicios no hospitalarios podrían considerarse "post-hospitalarios" en el sentido de que todos proporcionan atención a personas que pueden haber sido hospitalizadas previamente. Nuestra red de servicios ambulatorios generales, por ejemplo, sirve a muchas personas anteriormente hospitalizadas y desempeña un papel crítico en la prestación de tratamiento, la facilitación de la recuperación y la minimización del riesgo de rehospitalización.

Pero esta sección se centra específicamente en las camas y servicios post-hospitalarios que afectan más directamente el flujo de clientes fuera de los entornos hospitalarios y también ayudan a servir a los clientes que son desviados de los entornos de justicia. Estos son los servicios que, cuando no están disponibles, a menudo hacen que los clientes se "atasquen" en los hospitales mientras esperan un lugar apropiado para ir o que retrasan o niegan la desviación fuera de la cárcel para las personas que de otra manera serían buenos candidatos de desviación. Son un componente crítico del sistema para llevar a los clientes de la manera más rápida y segura posible a un nivel adecuado de atención y para aumentar la disponibilidad de camas de hospital de salud mental para aquellos que realmente necesitan atención aguda.

### Servicios posthospitalarios

Nuestro sistema de atención de salud mental incluye varios tipos de camas y servicios posthospitalarios, así como mecanismos para coordinarlos. Todos estos servicios mejoran el flujo de clientes fuera de los hospitales y también proporcionan entornos seguros a los que los clientes apropiados pueden ser desviados fuera de las cárceles. Entre ellos se incluyen:

- **Camas subagudas y servicios.** Estos son entornos cerrados diseñados para proporcionar atención de salud mental a largo plazo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas con necesidades intensivas de salud mental a largo plazo. La mayoría tienen licencia como Centros de Enfermería Especializada con Programas de Tratamiento Especial (SNF/STP), aunque algunos tienen licencia como Centros de Rehabilitación de Salud Mental (MHRC, por sus seres humanos). Todas las personas colocadas en nuestras instalaciones subagudas están en una curatela de salud mental (LPS) debido a una discapacidad grave<sup>12</sup>; sin embargo, no todos

los conservantes requieren un nivel subagudo de atención. Para los adultos, tenemos servicios subagudos generales, así como servicios subagudos especializados para ciertas poblaciones, como aquellos con antecedentes forenses o que tienen condiciones médicas complejas. Para los jóvenes tenemos dos instalaciones de tratamiento comunitario con licencia (CTF) que proporcionan este nivel de atención para las edades de 12 a 18 años.

---

<sup>12</sup> "Gravely disabled" es definido por el código de CA WIC como una condición en la que una persona, como resultado de un trastorno mental, es incapaz de proveer para sus necesidades personales básicas de comida, ropa o refugio.

- **Hospitales estatales.** Estos son hospitales operados por el Departamento de Hospitales Estatales de California que en su mayoría sirven a aquellos que han sido colocados allí por orden judicial, como individuos considerados incompetentes para ser juzgados (IST) o no culpables por razón de locura (NGRI). Todos ellos tienen licencia como Hospitales Psiquiátricos Agudos (APH), aunque algunos también tienen unidades de Centro de Enfermería Especializada (SNF) o Centro de Cuidados Intermedios (ICF) en el lugar. Consideramos que estos son parte de nuestra red "post-hospital" de camas y servicios subagudos porque, a diferencia de nuestra red regular de hospitales de salud mental en el Condado de Los Ángeles que atienden a personas con necesidades psiquiátricas agudas a corto plazo, los hospitales estatales atienden a personas con las necesidades más graves a largo plazo. De esta manera están mucho más cerca de nuestras instalaciones subagudas, en función y nivel de atención prestada, que de nuestros hospitales de agudos.
- **Camas y servicios de tratamiento residencial.** También conocidos como servicios de "reducción", estos son entornos desbloqueados que están diseñados para proporcionar atención de salud mental a largo plazo las 24 horas del sistema de los 7 días de la semana a personas con necesidades crónicas de salud mental, pero en una instalación menos segura que permite una mayor autonomía del cliente y la integración en la comunidad circundante. Nuestros Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS) para adultos y nuestros Programas Terapéuticos Residenciales a Corto Plazo (STRTP) para jóvenes son ejemplos de este tipo de servicio.
- **Unidades de vivienda de apoyo y servicios** que proporcionan vivienda y diferentes niveles de apoyo para ayudar a mantener a las personas alojadas. No proporcionan atención de salud mental las 24/7, pero a menudo se combinan con programas de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidas las Asociaciones de Servicio Completo (FSP, por sus contrao, por sus, por sus contra 18). Nuestras instalaciones de pensión y cuidado, vivienda de apoyo permanente y vivienda y refugios de apoyo provisionales / puente son ejemplos de este tipo de servicio.
- Hay algunos **servicios ambulatorios** en nuestro sistema de atención que pueden mejorar significativamente el flujo de clientes fuera de los hospitales y sistemas carcelarios. Estos incluyen especialmente los programas de Asociación de Servicio Completo (nuestra versión de tratamiento comunitario asertivo) que proporcionan servicios de alcance hospitalario y carcelario para ayudar a los clientes de transición que vivirán en viviendas de apoyo o con la familia después del alta.

### Cambios recomendados en los servicios posthospitalarios

Demasiados clientes que ya no necesitan un nivel agudo de atención se están "atascando" en nuestros hospitales debido a la falta de opciones posthospitaladas seguras y disponibles. Las camas en las instalaciones subagudas y residenciales siempre están llenas. Debido a esto, las listas de espera para estos niveles de atención son largas y los clientes generalmente esperan al menos un mes para ser admitidos para atención residencial y al menos 2 meses para atención subaguda, aunque a menudo más tiempo para personas con necesidades especializadas. Las esperas para los Hospitales Estatales son las más largas, a veces hasta un año. Y mientras esperan, la mayoría de los clientes permanecen en hospitales de agudos a pesar de que ya no requieren cuidados intensivos.

A pesar de que todos los hospitales psiquiátricos tienen la responsabilidad de continuar tratando a los clientes que esperan el siguiente nivel de atención, esta responsabilidad recae desproporcionadamente en nuestros hospitales públicos del DHS. En nuestros hospitales privados de Pago por Servicio medi-Cal, aproximadamente el 12.5% de los días de cama son "administrativos", lo que significa que los clientes ya no cumplen con los criterios clínicos agudos y están esperando un nivel específico más bajo de atención que sea elegible bajo las regulaciones estatales para el pago del día administrativo. Sin embargo, esta tasa se duplica en los hospitales del DHS, donde más del 25% de los días de cama son administrativos. Los hospitales reciben un menor diario

tasa de reembolso para los clientes en situación administrativa en comparación con los clientes que todavía cumplen con los criterios clínicos agudos.

Además del 25% de los pacientes en hospitales del DHS que esperan colocaciones elegibles para el administrador, un adicional

~ 50% de los pacientes en las instalaciones del DHS están a la espera de ser internados en entornos de salud mental de nivel inferior que no son elegibles para los días administrativos; para estos casos, el DHS recibe cero reembolso. En los hospitales privados de Pago por Servicio medi-Cal estos clientes en días negados son relativamente raros.

Estas "negaciones" pueden haber sido porque: a) el cliente era inicialmente agudo y luego mejoró clínicamente, pero no hasta el punto de que podría ser dado de alta de forma segura a un entorno de atención diurnos no administrativa elegible; o b) el cliente no era inicialmente agudo y sólo requirió un nivel subagudo o residencial de atención desde el principio (pero fue admitido para proteger la seguridad del cliente en ausencia de la disponibilidad de una colocación adecuada). En el primer caso, se pagan los días agudos iniciales, pero todos los días que esperan un entorno adecuado de atención no administrativa elegible para el día se niegan en su totalidad. En el segundo caso, debido a que el cliente no cumplió con los criterios clínicos agudos al principio, sus días de cama son todos "denegados" y los hospitales no son reembolsados por ellos en absoluto, incluso si el nivel de atención necesaria de otra manera sería elegible para el pago del día administrativo.

Por lo tanto, en total, aproximadamente tres cuartas partes de todos los pacientes en los centros psiquiátricos agudos del DHS están esperando varios niveles más bajos de colocaciones de atención en el continuo de atención de salud mental, y reciben un reembolso mínimo o nulo por los costos asociados con esos días, un punto de datos que es ilustrativo de los desafíos generales descritos en este informe y la necesidad de construir un nivel más bajo de capacidad de atención en todo el continuo.

Estos clientes que esperan en hospitales en estado administrativo o denegado crean una carga financiera para los hospitales que puede contribuir a la mala atención y planificación del alta y el parto prematuro. El grado en que las prácticas clínicas y operativas de un hospital relacionadas con las altas de pacientes se ven afectadas por este incentivo financiero varía ampliamente según el hospital, con la consideración de su misión, la filosofía del personal médico y otros factores financieros. Por ejemplo, los clientes en días administrativos o denegados ocupan una cama que de otro modo podría ser ocupada por clientes que realmente necesitan cuidados intensivos y que ganarían al hospital la tasa regular de reembolso de agudos. Esta carga financiera es un problema del sistema que requiere un cambio del sistema para abordarlo por completo; los propios hospitales no tienen la culpa. Sin embargo, el hecho es que los clientes de la red de seguridad más difíciles de colocar terminan desproporcionadamente en los hospitales públicos del DHS mientras esperan una cama subaguda o residencial.

Además, en un momento dado hay de 4 a 5 mil personas en entornos carcelarios con enfermedades mentales graves (SMI) y, a menudo, trastorno por uso de sustancias (SUD) que necesitan atención. Según un estudio preliminar de la Oficina de Desvío y Reingreso (ODR, por sus) del DHS, aproximadamente el 56% de esta población carcelaria con SMI puede ser divertible fuera de la cárcel. Pero para alcanzar esta tasa teórica de desviación debe haber suficientes instalaciones y servicios para desviarse. La falta de ella es una de las principales razones por las que solo el 5-10% de esta población está siendo desviada actualmente.

Y finalmente, la Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles (LAHSA, por sus sus) estima que aproximadamente el 25% de las personas adultas sin hogar en el Condado de Los Ángeles tienen una enfermedad mental grave que probablemente perpetúa su falta de vivienda. Con un estimado de 54,000 personas adultas sin hogar en el condado, esto significa que

casi 14.000 de ellos pueden tener SMI<sup>13</sup>. El Condado proporciona servicios y vivienda para tantos como pueda, pero muchos todavía tienen necesidades insatisfechas de atención de salud mental que requerirán tratamiento de salud mental basado en instalaciones o vivienda de apoyo para abordar.

Todo esto subraya la grave necesidad de camas y servicios posthospitalarios. La falta de estos servicios provoca atascos y necesidades insatisfechas en todo el sistema de atención y especialmente en nuestros hospitales públicos y salas de emergencia. Y el resultado es a menudo hospitalización o encarcelamiento innecesario junto con un costo significativo para las finanzas públicas y el bienestar humano. Los siguientes son nuestros cambios recomendados para mejorar la red de DMH de camas posthospitalarios y servicios relacionados.

### **1 – Desarrollar más camas y servicios subagudos**

La red dmh de atención subaguda para adultos (sin incluir los hospitales estatales) consta de 1,648 camas distribuidas en varias instalaciones tanto dentro como fuera del condado de Los Ángeles. De estos, DMH utiliza rutinariamente aproximadamente 1,000 camas para sus clientes en un día determinado. El resto son utilizados por otros planes de salud mental del condado y planes de salud privados para sus clientes; las camas siempre están llenas. Tenemos algunas camas subagudas en proceso: actualmente estamos trabajando para desarrollar 32 camas subagudas en el Hospital Aurora Las Encinas utilizando un inventario agudo subutilizado, y 80 nuevas camas subagudas están en desarrollo en el Centro de Salud Conductual (BHC) de MLK.

Los Hospitales Estatales son un caso especial. A pesar de tener técnicamente el mayor número de camas subagudas en nuestra red – 6,398 en 5 instalaciones con 236 más en desarrollo en el Metropolitan State Hospital en el Condado de Los Ángeles<sup>14</sup> – estas camas son en realidad las menos accesibles para nuestros clientes. Más del 90% de los clientes del Hospital Estatal son internados allí forensemente por los sistemas judiciales, y a medida que esa cantidad crece, menos camas están disponibles para los condados para sus clientes civiles (LPS). DMH solo tiene alrededor de 320 clientes en hospitales estatales, con un estimado de 25 más en nuestros hospitales de agudos y otros 150 en la cárcel esperando la colocación.

De acuerdo con el modelo desarrollado por Mercer, si los niveles de status quo de atención residencial, vivienda de apoyo y servicios ambulatorios basados en la comunidad siguen siendo los mismos y el flujo actual de clientes y los patrones de utilización de DMH persisten, el Condado tendrá que desarrollar 1,508 nuevas camas subagudas para satisfacer la necesidad de la población no carcelaria con SMI solo<sup>15</sup>. Además, como se describe en un memorando de los tres departamentos de salud adjuntos al informe del CEO del 7 de agosto de 2019 a la Junta<sup>16</sup>, la Oficina de Desviación y Reingreso (ODR, por sus, está coordinando un estudio para determinar la combinación de nuevas camas de salud mental necesarias para atender a las personas con SMI en la cárcel que pueden ser candidatos apropiados para la desviación). Sus estimaciones preliminares indican que es posible que necesitemos desarrollar 1.418 nuevas camas subagudas adicionales para satisfacer las necesidades de esta población.

Además, ni la estimación de Mercer de las necesidades de camas subagudas para la población no carcelaria ni la estimación de ODR de las necesidades de la población carcelaria potencialmente divertible tienen en cuenta explícitamente las posibles necesidades insatisfechas de atención

subaguda entre las personas sin hogar. Porque las personas sin hogar con SMI

---

<sup>13</sup> <https://www.lahsa.org/documents?id=3423-2019-greater-los-angeles-homeless-count-los-angeles-county.pdf>

<sup>14</sup> [https://www.dsh.ca.gov/docs/DSH\\_Strategic\\_Plan\\_2018-2023\\_sig.pdf](https://www.dsh.ca.gov/docs/DSH_Strategic_Plan_2018-2023_sig.pdf)

<sup>15</sup> "Countywide Mental Health and Substance Use Disorder Needs Assessment". Mercer Health & Benefits LLC.

<sup>16</sup> <http://file.lacounty.gov/SDSInter/bos/supdocs/133209.pdf>

con frecuencia utilizan la atención hospitalaria aguda y están en un riesgo significativo de ser encarcelados (dos eventos importantes que se tienen en cuenta en las estimaciones de camas Mercer y ODR, respectivamente), las estimaciones de camas Mercer y ODR probablemente representan algunas de las necesidades de atención subaguda insatisfechas entre las personas sin hogar. Pero probablemente también hay necesidades insatisfechas de atención subaguda entre las personas sin hogar que no se reflejan en estas estimaciones. La determinación de estas necesidades adicionales de lecho subagudo requerirá exploración y análisis adicionales.

Por lo tanto, si persisten los patrones actuales de recursos y utilización entre la población no carcelaria con SMI, y si somos capaces de aumentar la desviación de la población carcelaria con SMI al máximo teórico, los análisis de Mercer y ODR sugieren que podemos necesitar desarrollar casi 3,000 nuevas camas subagudas. Y si hay necesidades insatisfechas de atención subaguda entre la población sin hogar que no se reflejan en estas estimaciones, es posible que necesitemos desarrollar aún más camas subagudas.

Por supuesto, es la esperanza y la intención del Departamento de Salud Mental que la utilización del status quo de los clientes y los patrones de flujo no persistan y que la oferta de tratamiento residencial, vivienda de apoyo y servicios ambulatorios basados en la comunidad eventualmente exceda con creces los niveles actuales. Esto probablemente reduciría significativamente la necesidad de camas subagudas. DMH está trabajando actualmente en un análisis de seguimiento del informe Mercer para modelar cómo la mejora de estos factores podría reducir la necesidad de nuevas camas subagudas, así como para tratar de estimar cualquier necesidad insatisfecha de atención subaguda entre la población sin hogar que puede no tenerse en cuenta en las estimaciones de camas Mercer y ODR (véase la recomendación #9 en esta sección).

Es evidente que se trata de un sistema complejo. Hacer un cambio significativo en una parte del sistema, como mejorar la disponibilidad y la calidad de la vivienda de apoyo, podría tener un efecto dominó e impactar las necesidades de camas en todas las demás partes del sistema. Por lo tanto, cualquier estimación que se haga hoy de nuestras necesidades de camas siempre conllevará cierta incertidumbre, ya que estas necesidades son dinámicas y siempre en constante evolución.

Pero si bien cierta incertidumbre es aceptable, la inacción no lo es. Los problemas mencionados a lo largo de este informe debido a la falta de camas y servicios posthospitalarios son reales y graves. Las estimaciones de Mercer y ODR de las necesidades de camas subagudas son valiosas; se basan en datos y subrayan la magnitud del problema actual. En nuestras acciones recomendadas a la Junta de Supervisores hemos propuesto una ampliación de la cama piloto, y anticipamos que la mayoría de las nuevas camas tendrán que ser subagudas. Esto nos hace avanzar en un camino para solucionar realmente este problema mientras continuamos refinando nuestros modelos del sistema y trabajando en el desarrollo de servicios en otras áreas del sistema que también son impactantes.

---

Hay dos opciones para desarrollar las camas subagudas necesarias: contratarlas y construirlas nosotros mismos. La contratación tiene muchas ventajas y es la opción preferida, ya que construir nuevas instalaciones puede ser muy costoso. Un tipo de contratación consistiría en la conversión. Hay instalaciones en el condado de Los Ángeles que tienen licencia bajo tipos de camas no de salud mental o no subagudas, y muchas de estas tienen camas subutilizadas. Las 32 camas Aurora Las Encinas

mencionadas anteriormente son un ejemplo. Contratar para convertirlos en camas subagudas para nuestro uso exclusivo es un ganar-ganar, agregando la capacidad que necesitamos en el nivel subagudo de atención y proporcionando nuevos ingresos para la instalación que de otra manera no tendría. Continuamos investigando para encontrar otro inventario de camas no utilizado o subutilizado en todo el condado para convertir y contratar de esta manera.

Otro tipo de contratación implica el desarrollo de contratos más exclusivos para camas en la red existente de instalaciones subagudas de DMH. Actualmente, ninguna de las camas subagudas de nuestra red están disponibles exclusivamente para los clientes de DMH <sup>17</sup>. Tener contratos exclusivos puede ser una forma de tener más control sobre las colocaciones de los clientes en estas instalaciones (por ejemplo, para reducir las barreras a la admisión de clientes). Una variante de esto implica el desarrollo de contratos en los que al menos tenemos privilegios de admisión a la instalación, como cuando trabajamos en la instalación con nuestros propios psiquiatras de DMH.

La última opción para aumentar nuestra capacidad de camas subagudas es construir nuevas instalaciones. Dada la gran necesidad de más camas subagudas es poco probable que podamos contratar para todo ello. Es posible que tengamos que construir más instalaciones subagudas para abordar la falta de disponibilidad de camas, y las 80 nuevas camas subagudas en desarrollo en el MLK BHC son un comienzo. Como parte del proyecto piloto propuesto, trabajaremos con el Director General para explorar un mayor desarrollo de capital de estas camas y explorar posibles opciones de financiación. También trabajaremos con el CEO para evaluar las opciones de ubicación que pueden incluir los campus de salud del condado y otros sitios propiedad del condado.

Para financiar la atención subaguda en curso en estas camas, la mayor barrera es la exclusión federal de Medicaid IMD (consulte la recomendación #4). Obtener la exención de exclusión de IMD, actualmente en fase piloto por el gobierno federal, o encontrar alguna otra manera de obtener alivio de la exclusión de IMD, será fundamental para expandir nuestros servicios subagudos para aquellos clientes que los necesitan.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, con o sin alivio de la exclusión de IMD (pero especialmente con ella), se esperaría que tener una mayor capacidad de camas subagudas red redujera los costos netos de atención médica para el condado. La atención de los clientes atrapados en hospitales del DHS en estado administrativo o denegado o en cárceles que necesitan atención subaguda o residencial es un costo neto significativo del condado. Colocar a estos clientes en los entornos de atención apropiados en su lugar permitiría la reducción del estado y, con el alivio de la exclusión de IMD, dólares federales para su atención. Además, los hospitales del DHS tendrían muchos menos clientes en estado administrativo y denegado y más clientes en estado agudo, lo que les permitiría obtener fondos federales y estatales completos para una proporción mucho mayor de los servicios hospitalarios que brindan. Estos mayores ingresos y ahorros para el condado podrían compensar cualquier déficit continuo o existente del DHS relacionado con estos clientes administrativos y de estatus denegado, así como ser utilizados para invertir aún más en el sistema de atención de salud mental del condado.

## **2 – Desarrollar más camas de tratamiento residencial y servicios que desarrollen atención a largo plazo**

Para el tratamiento residencial para episodios de atención a largo plazo, nuestra red incluye 602 camas de Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS) para adultos, así como 1,206 camas del Programa Terapéutico Residencial a Corto Plazo (STRTP) para jóvenes. En la tubería tenemos 32 camas de tratamiento residencial general para adultos en el MLK BHC junto con muchas más camas STRTP.

---

17 DMH es el Plan de Salud Mental designado (MHP, por sus contra,, por sus parte, por sus servicios, por sus servicios de salud mental y de los Estados Unidos, por sus partes. "Acceso exclusivo" a una cama significa que la cama es propiedad del condado (por ejemplo, las camas de hospital del DHS) o que DMH ha acordado contractualmente ser el único plan de salud con acceso a la cama.

Las instalaciones de STRTP para jóvenes están reemplazando a nuestros antiguos hogares grupales como parte de la iniciativa estatal de Reforma del Continuo de Atención. La oferta de estas camas es generalmente adecuada y las listas de espera para ellas son inexistentes.

Las camas ERS para adultos son una historia diferente. Los programas de ERS funcionan colocando a los clientes en instalaciones de pensión y cuidado con licencia (también conocidas como instalaciones residenciales para adultos). Estas instalaciones proporcionan alojamiento, comidas y asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la mañana, los 7 días de la vida. Los programas de ERS luego proporcionan servicios diarios de salud mental en el sitio como una mejora a la junta y los servicios de apoyo a la atención.

Esto significa que nuestras camas ERS dependen de la junta y la red de atención, una red que está en problemas en todo el estado<sup>18</sup>. Los servicios de juntas y de atención están cerrando rápidamente porque su modelo de negocio está roto; los ingresos no están a la altura de sus crecientes costos. Muchos condados, incluido el condado de Los Ángeles, proporcionan pagos de parches a algunas instalaciones para mitigar este problema, pero estos pagos suplementarios con frecuencia no son suficientes. Debido a esto, a pesar de que teóricamente tenemos 602 camas ERS disponibles para nuestro uso exclusivo, con frecuencia tenemos dificultades para colocar a los clientes en ellas debido a la falta de camas de comida y cuidado disponibles.

Este nivel de atención residencial a largo plazo es importante tenerlo en nuestra red de camas de salud mental. Debido a que estas instalaciones están desbloqueadas, permiten a los clientes que lo necesitan tener servicios y soporte 24/7, pero de una manera que también facilita su integración en la comunidad circundante. Esta integración comunitaria no solo proporciona un puente hacia una vida independiente exitosa; también es en sí mismo un impulsor crítico de la recuperación del cliente. Los clientes a los que se les proporcionan todos los determinantes sociales necesarios de la salud, incluida la vivienda, las relaciones familiares y de pares, y una ocupación y / o participación comunitaria que les proporciona un propósito, se recuperan mucho más rápido y tienen un menor riesgo de crisis dañinas que los clientes con pocas o ninguna de estas cosas.

Necesitamos desarrollar camas y servicios de tratamiento residencial más *dedicados* para adultos con necesidades de atención a largo plazo que no dependan de la junta y la red de atención. Actualmente no tenemos tales camas en nuestro sistema de atención, aunque como se señaló hay 32 en desarrollo en el MLK BHC. Si es factible, puede tener sentido desarrollar nuevas camas que puedan usarse para atención subaguda o residencial, según sea necesario. Es probable que se necesiten muchas más camas subagudas que residenciales en los próximos años para satisfacer las necesidades insatisfechas actuales. Sin embargo, a medida que la calidad de los programas clínicos y los resultados de los clientes en estas instalaciones mejoran, anticipamos que los niveles de necesidades de camas subagudas y residenciales pueden eventualmente cambiar. Cuando esto suceda, será valioso poder convertir rápidamente las camas subagudas en residenciales sin tener que construir o contratar todas las camas residenciales nuevas.

Una vez más, podemos contratar o construir estas camas con consideraciones similares a las camas subagudas. Exploraremos ambas opciones a fondo en asociación con el Director General en el transcurso del proyecto piloto propuesto. La financiación en curso se mejoraría de manera similar con el alivio de la exclusión de imd, ya que cualquier centro de tratamiento residencial con más de 16

camas se consideraría un IMD. Pero de nuevo, pase lo que pase, es menos costoso tanto para las finanzas públicas como para el bienestar humano que los clientes que necesitan este nivel de atención residan en una cama residencial en comparación con una cama de hospital, por las mismas razones que se dan para las camas subagudas.

---

<sup>18</sup> <https://calmatters.org/projects/board-and-care-homes-closing-in-california-mental-health-crisis/>

### **3 – Continuar mejorando la calidad de la atención y las transiciones de los clientes a través de camas y servicios de tratamiento subagudos y residenciales**

Si bien es absolutamente necesario que haya más camas de tratamiento subagudas y residenciales, no basta con más capacidad por sí sola. También debemos ayudar a impulsar mejoras en la calidad de la atención orientada a la recuperación en estas instalaciones para garantizar que todos los clientes reciban una oportunidad real de recuperación y transición a la comunidad y la vida independiente.

Un ejemplo es la subutilización de compañeros y familias como parte de la atención a lo largo de esta red de camas. Como se señaló anteriormente, cuando se utilizan adecuadamente los compañeros pueden ser increíblemente eficaces para involucrar a los clientes en su cuidado y ayudar a facilitar su recuperación. Y las familias también, cuando sea apropiado, pueden desempeñar un papel crítico en la recuperación del cliente. Pero los compañeros y los miembros de la familia son incoherente y generalmente subutilizados en la atención en entornos de tratamiento subagudos y residenciales.

También es necesario una programación clínica más orientada a la recuperación en general en estas instalaciones. Los clientes en atención subaguda y residencial tienen necesidades crónicas de salud mental que requieren atención seria, frecuente y persistente para que tengan una oportunidad de recuperación. DMH debe hacer más para desarrollar este tipo de programación clínica y asegurarse de que las instalaciones la proporcionen.

Esto es especialmente importante cuando se trata de las poblaciones especiales que a menudo necesitan estos niveles de atención, incluidos los involucrados en la justicia actuales y anteriores, aquellos con trastorno por uso de sustancias concomitantes o dolencias físicas co-mórbidas, y los discapacitados del desarrollo. Estos clientes a menudo requieren atención y apoyo adicionales, y es importante pagar a las instalaciones adecuadamente por ello. También es importante que el personal de estas instalaciones esté bien capacitado y equipado para atender a poblaciones especiales. Pero debemos establecer una expectativa clara de que estos clientes deben ser admitidos y tratados sin importar la complejidad de sus necesidades de atención. Se espera que las instalaciones sirvan a clientes con necesidades más complejas (a menudo denominadas clientes "difíciles"), y corresponde a DMH asegurarse de que lo hagan, mientras que también nos aseguramos de que las instalaciones sean compensadas adecuadamente.

Cuando sea valioso, debemos seguir desarrollando instalaciones que se especialicen en estas poblaciones especiales. Por ejemplo, debemos consultar con el Departamento de Servicios de Desarrollo y el Proyecto Integrado de Salud y Vida del Sur de California (SCIHLP, por sus— para desarrollar nuevas opciones residenciales para personas con discapacidades del desarrollo. Pero siempre que sea posible, deberíamos desarrollar instalaciones que sean flexibles y capaces de atender a poblaciones especiales, independientemente de que se especialicen o no en su atención. Por ejemplo, debemos esperar que las instalaciones adecuadas sirvan a la mayoría de los clientes forenses, incluso a aquellos con cargos activos. Demasiada división de nuestra red de camas de salud mental en especialidades, incluso si la capacidad de camas es adecuada en general, producirá muchos de los mismos problemas con las colocaciones de los clientes y el flujo ineficiente que enfrentamos hoy en día.

Finalmente, el informe Mercer identifica consistentemente la necesidad de una mejor gestión de las colocaciones de los clientes y las transiciones de atención en toda nuestra red de camas de salud mental, incluidas las camas hospitalarias, subagudas y residenciales. Estamos de acuerdo en que necesitamos mejorar nuestros servicios para revisar las estancias de los clientes y administrar el flujo, y hemos tomado varias medidas tempranas para hacerlo.

Estructuralmente, estamos reorganizando los programas de DMH actualmente responsables de revisar y administrar la colocación y las transiciones de los clientes en hospitales, subagudos y centros de tratamiento residencial para

crear un solo programa combinado que administrará a los clientes en todas las camas de salud mental. Al hacerlo, DMH podrá garantizar una consistencia mucho mayor en la experiencia de atención y las transiciones, lo que incluye garantizar que ningún cliente "se caiga por las grietas" mientras se mueve a través de esta red de camas. Como parte de este esfuerzo, también estamos reevaluando cómo navegamos a los clientes desde las instalaciones de salud mental hasta la atención ambulatoria basada en la comunidad, para proporcionar mejores entregas en vivo y hacer un seguimiento según sea necesario y garantizar que los clientes participen en servicios ambulatorios.

Como se mencionó anteriormente, también estamos desarrollando una aplicación (MHRLN) que ayudará significativamente con la gestión de la atención al cliente a través de nuestra red de camas de salud mental. La primera fase de esta aplicación proporcionará información sobre la disponibilidad de camas de salud mental en todo nuestro sistema de atención. Y otras fases planificadas agregarán funcionalidad adicional a la aplicación para ayudar al personal de DMH que está revisando y administrando las ubicaciones de los clientes y las transiciones de atención a través de esta red.

También estamos actualmente en el proceso de adquirir pautas de atención basadas en la evidencia para ayudar con la gestión de la utilización y navegar a los clientes a las camas y servicios más adecuados para sus necesidades. Las pautas de atención como esta son utilizadas rutinariamente por otros planes de salud públicos y privados y pueden fomentar una experiencia de atención al cliente mejor y más consistente.

En última instancia, el éxito de estos esfuerzos estará determinado por su efecto en los resultados clínicos de nuestros clientes y la experiencia de atención. Nuestros clientes merecen recibir la atención adecuada en el momento adecuado y en el lugar correcto. El tamaño de nuestra red de camas de salud mental juega un papel crítico en esto, pero también lo hace la calidad y la coordinación de sus servicios.

#### **4 – Apoyar los esfuerzos para relajar o eliminar la exclusión federal de Medicaid SMI / SED IMD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus contracciones) anunciaron recientemente un nuevo programa piloto ("oportunidad de demostración") que proporcionaría a los estados una exención de la exclusión del IMD para el tratamiento de enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves (SMI/SED)<sup>19</sup>. Esto sigue a un programa exitoso similar que proporciona una exención de la exclusión de IMD para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias en el que California es un participante actual.

La exención requiere que los estados tomen muchas medidas adicionales para asegurarse de que están mejorando la calidad de sus sistemas de atención de salud mental, incluyendo:

- Mejorar la atención basada en la comunidad vinculada a un conjunto de objetivos para el piloto;
- Acciones o hitos para garantizar la buena calidad de la atención en los IMDs;
- Mejorar las conexiones con la atención basada en la comunidad después de las estancias en entornos de cuidados intensivos;
- Asegurar que haya una atención continua disponible para abordar las necesidades de atención de salud mental más crónicas y continuas de los beneficiarios con SMI o SED;

- Proporcionar una gama completa de servicios de estabilización de crisis; y
- Involucrar a los beneficiarios con SMI o SED en el tratamiento tan pronto como sea posible.

---

<sup>19</sup> <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-new-medicaid-demonstration-opportunity-ampliar-salud-mental-tratamiento-servicios>

Recomendamos encarecidamente la búsqueda de esta exención de exclusión de SMI / SED IMD. Depende del Estado de California solicitarlo, por lo que recomendamos todos los medios posibles para alentar y apoyar al estado en hacerlo.

También puede haber formas alternativas de obtener alivio de la exclusión de IMD para el Condado de Los Ángeles, y si existen, estas también deben ser perseguidas.

La exclusión del IMD es una barrera importante que impide el desarrollo necesario de nuestras camas y servicios de salud mental, especialmente las camas subagudas y residenciales. Hace que sea más difícil para nuestros clientes más enfermos recibir atención subaguda y residencial cuando la necesitan, lo que termina perpetuando los ciclos de hospitalización, encarcelamiento y falta de vivienda y probablemente aumenta los costos para el condado, el estado y el gobierno federal como resultado.

Obtener alivio de la exclusión de IMD crearía oportunidades significativas para mejorar la atención para nuestros clientes en toda nuestra red de camas de salud mental. Necesitamos la ayuda del estado y el condado para impulsar este cambio vital.

#### **5 – Continuar invirtiendo en unidades y servicios de vivienda de apoyo, incluyendo juntas y cuidados**

El desarrollo de más unidades y servicios de vivienda de apoyo, incluyendo la junta y los cuidados, la vivienda de apoyo permanente, y la vivienda de apoyo provisional / puente, ya es una prioridad importante del condado. Lo que es importante tener en cuenta es que estas instalaciones también ofrecen opciones de vida sostenibles basadas en la comunidad para clientes que de otra manera podrían quedar atrapados en camas de hospitales, subagudos y residenciales de salud mental. También ayudan críticamente a servir a los clientes que son desviados de la cárcel; la mayor parte de los clientes desviados por la Oficina de Desvío y Reingreso son colocados en entornos de vivienda de apoyo.

Debemos seguir desarrollando y apoyando estas instalaciones como parte crucial de la continuidad de la atención. Ayudan a detener los círculos viciosos de la falta de vivienda, la hospitalización y el encarcelamiento, y a través de un enfoque en "la vivienda primero" proporcionan una base estable para la recuperación.

#### **6 – Desarrollar opciones para programas intensivos de hospitalización ambulatoria y/o parcial para personas en transición fuera de las camas de salud mental**

Para las personas que hacen la transición fuera de una cama de salud mental, los programas intensivos de hospitalización parcial y ambulatoria (IOP / PHP) pueden ser valiosos como un medio para continuar los servicios más intensivos asociados con las camas de salud mental durante un período de tiempo, pero también permitir que los clientes regresen a la vida con la familia, en viviendas de apoyo o en una vida independiente. De esta manera, estos sirven como una alternativa similar a la colocación en una cama de salud mental, ya que hacen una alternativa a la hospitalización durante las crisis.

Desafortunadamente, los mismos problemas observados con IOP/PHP en la sección de servicios prehospitalarios también se aplican aquí. La rehabilitación diurna (DR) y el tratamiento diurno intensivo

(DTI), la versión de Medi-Cal de IOP/PHP, actualmente no están disponibles para los adultos en el condado de Los Ángeles. Recomendamos explorar formas de desarrollar estos programas nuevamente para adultos, en este caso como una valiosa opción de reducción para los clientes que salen de las camas de salud mental.

**7 – Continuar mejorando las Asociaciones de Servicio Completo como servicio posthospitalológico**

Los programas de Asociación de Servicio Completo (FSP, por sus, por sus, proporcionan los servicios ambulatorios más intensivos y de todo lo necesario a clientes con necesidades altas y complejas en la comunidad. Pero a menudo no comienzan a involucrar a los clientes en nuestras camas de salud mental hasta que están casi o ya fuera de la puerta. Nuestros clientes en camas de salud mental generalmente no se dedican a la atención y, cuando son dados de alta, a menudo están en riesgo de readmisión. Es fundamental que, para aquellos clientes que necesitan un nivel de atención de FSP cuando regresan a la comunidad, no son simplemente "entregados".

Para construir fsp como un componente adecuadamente integrado del sistema post-hospitalario de atención, debemos asegurarnos de que todos ellos comiencen a involucrar a los clientes antes y antes del alta de las camas de salud mental y la cárcel. Mejorar el alcance hospitalario, subagudo y carcelario de los programas de FSP haría mucho para mejorar la continuidad de la atención y la participación del paciente después del alta.

En algunos casos, incluso puede tener sentido mantener a los clientes ya en FSP inscritos cuando son admitidos en hospitales de salud mental, subagudos y centros de tratamiento residencial o encarcelados en la cárcel. Dado que los programas de FSP no serían el proveedor principal, ni se les exigiría responder a las crisis para los clientes en camas de salud mental y cárceles, se les podría pagar una tarifa significativamente reducida para estos clientes. Pero esto aún les permitiría verificar a estos clientes de vez en cuando, desarrollar una relación y crear continuidad en la atención que ayudaría significativamente a los clientes al regresar a la comunidad.

Actualmente estamos persiguiendo una transformación importante de nuestros programas de FSP para adultos donde muchos de estos cambios están siendo discutidos y planificados. Esta transformación también implica un programa piloto de FSP específicamente para clientes en curatela de salud mental (LPS) que tiene como objetivo coordinar mejor los servicios de los conservadores y los equipos de atención clínica de FSP.

## **8 – Desarrollar mejores servicios post-hospitalarios para clientes en una curatela de salud mental (LPS)**

La mayoría de nuestros clientes en atención subaguda y residencial están en una curatela de salud mental (LPS). La sección de servicios prehospitalarios describió la necesidad de servicios que proporcionen un camino hacia la curatela que no requiera hospitalización, un objetivo que estamos trabajando activamente para lograr. Pero actualmente, la mayoría de nuestros conservadores comienzan en los hospitales antes de que se conserven. Mientras esperan en los hospitales en una curatela temporal (t-con) hasta que su caso para la curatela completa se revise en la corte, toman una cama de hospital de agudos a pesar de que la mayoría no requieren cuidados agudos.

Hay problemas con el proceso de curatela, más recientemente detallado en nuestro informe del 10 de julio de 2018 a la Junta, "Expanding LPS and Probate Conservatorship Capacity in LA County"<sup>20</sup>, que dificultan la transición de los clientes de t-con fuera de los hospitales hasta que reciban una curatela completa. Debemos seguir tratando de mejorar el proceso de curatela para aliviar este problema y facilitar el traslado de los conservantes (t-con o full) al entorno menos restrictivo adecuado para sus necesidades.

Además, debemos continuar creando entornos de vivienda subaguda, residencial y de apoyo que puedan servir a los clientes en curatelaciones temporales. Tenemos una instalación subaguda actualmente (Penn Mar) que está designada por LPS y puede servir a estos clientes, y debemos continuar desarrollando más.

---

<sup>20</sup> <http://file.lacounty.gov/SDSInter/bos/supdocs/116143.pdf>

Los clientes que están en una curatela Murphy merecen una mención especial. Se trata de conservantes con antecedentes forenses y que han sido considerados por el tribunal como un riesgo para la seguridad pública. La colocación y el tratamiento pueden ser más difíciles que los conservantes que no son de Murphy; sin embargo, por lo general todavía no requieren un nivel de atención hospitalaria aguda, aunque a menudo permanecen en hospitales del DHS durante largos períodos de tiempo en espera de ser colocados. Si bien a menudo eventualmente se colocan en hospitales estatales para sus necesidades de atención a largo plazo, todavía podemos y debemos tratar de crear opciones de colocación para estos clientes en nuestra red regular de camas subagudas.

Esto también se aplica a los clientes liberados de la cárcel en una curatela (ya sea Murphy o general). Estos clientes a menudo van a los ERs psiquiátricos del DHS seguidos de las camas agudas del DHS, donde se quedan atascados durante largos períodos de tiempo debido a la falta de instalaciones posthospitalarias que los admitan. Es absolutamente necesario desarrollar opciones de colocación que acepten a estos clientes. Esto puede requerir el desarrollo de capacitaciones adicionales para las instalaciones para que estén mejor equipadas para manejar a las poblaciones percibidas como más difíciles.

Por último, tenemos que trabajar para mejorar la coordinación general y la confianza entre los conservadores y los proveedores clínicos. Estos dos grupos a menudo tienen dificultades para llegar a un consenso sobre las colocaciones post-hospitalarias apropiadas, lo que puede exacerbar los problemas de conservación con quedarse atascado en entornos hospitalarios. A través del programa piloto de curatela de FSP mencionado anteriormente, estamos trabajando en formas de mejorar la comunicación entre los conservadores y los médicos y crear un mejor consenso sobre las colocaciones apropiadas después del hospital para los conservantes.

## **9 – Realizar análisis adicionales del sistema de atención para refinar las estimaciones de las camas y servicios adicionales necesarios después del hospital**

La necesidad y la demanda de camas de salud mental depende en gran medida de una compleja gama de factores en todo nuestro sistema de atención. Estos factores incluyen, entre otros:

- El suministro de camas de salud mental en el condado, incluyendo hospital, subagudo y residencial.
- Promedio y variación en la duración de la estancia en estas camas de salud mental.
- La calidad de los servicios de camas de salud mental y las transiciones de atención y cómo eso afecta la duración de la estancia (flujo de clientes fuera de las camas) y el riesgo de readmisión.
- La oferta y la calidad de los servicios ambulatorios basados en la comunidad para atender a los clientes después del alta de una cama de salud mental, y cómo eso afecta el riesgo de readmisión.
- Las características de las poblaciones de clientes y cómo influyen en los tipos de camas necesarias y la duración de la estancia en esas camas.
- La facilidad con la que DMH puede colocar a sus clientes en las camas que necesitan.
- La oferta y la calidad de los servicios de crisis prehospitalarios y el grado en que reducen los

flujos de clientes a las camas de salud mental.

- Cambios proyectados en la población de clientes y estos factores a lo largo del tiempo.

La estimación de 3.000 camas subagudas adicionales necesarias, por ejemplo, está en el escenario del statu quo, donde la mayoría de estos factores siguen siendo los mismos. Sin embargo, si podemos mejorar estos factores, probablemente necesitaríamos menos camas subagudas.

Actualmente estamos desarrollando un modelo, basado en el análisis de Mercer, para estimar cómo pueden cambiar nuestras necesidades de servicio y camas posthospitalantes si mejoramos algunos de estos factores del sistema que impulsan esas necesidades.

Además, también desarrollaremos análisis periódicos, como cuadros de mando e informes, que pueden identificar mejor la capacidad de camas y los problemas de flujo de clientes en tiempo real y producir pronósticos fiables de las necesidades futuras de camas y la demanda en el futuro.

## Mejorar los servicios hospitalarios de salud mental

Finalmente, incluso con la red de la más alta calidad de camas y servicios pre y posthospitalarios que trabajan para reducir de manera segura el flujo de clientes y aumentar el flujo de clientes fuera de los hospitales, todavía necesitamos una red sólida de servicios hospitalarios de salud mental para satisfacer las necesidades psiquiátricas agudas. Este es el último componente crítico del sistema de atención que afecta la disponibilidad de camas de salud mental para quienes las necesitan.

El consenso general del Departamento de Salud Mental, analistas externos y las muchas partes interesadas que involucramos durante los últimos meses es que la cantidad de camas de hospital de salud mental en el Condado de Los Ángeles es en su mayoría adecuada. Creemos que la calidad de estos servicios hospitalarios podría mejorarse en general, incluida la calidad de nuestros propios servicios de gestión de la utilización, y esto podría influir tanto en la experiencia de atención de los clientes como, lo que es crucial, en el flujo de clientes a través de estos entornos hospitalarios.

### Servicios hospitalarios de salud mental

Nuestro sistema de atención de salud mental incluye varios tipos de hospitales o servicios equivalentes basados en instalaciones de agudos. Estos incluyen:

- **Hospitales psiquiátricos de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal.** Con mucho, la mayor parte de nuestra red de hospitales, estas instalaciones privadas proporcionan atención psiquiátrica aguda a las personas elegibles para Medi-Cal, así como a las personas con Medicare o seguro privado. Por lo general, no proporcionan servicios a personas indigentes (sin seguro, no elegibles para Medi-Cal), aunque hay excepciones a esto. Pueden ser licenciados como Hospitales generales de cuidados agudos (GACH), lo que significa que tienen un centro psiquiátrico agudo o ala que es parte de un hospital más grande que también proporciona servicios generales de salud física aguda. O pueden tener licencia como Hospitales Psiquiátricos Agudos (APH), lo que significa que son un centro independiente que solo proporciona atención psiquiátrica aguda. Todos los hospitales con licencia como APH en el Condado de Los Ángeles también se consideran IMDs para los propósitos del reembolso federal de Medicaid, lo que significa que no se proporcionarán fondos federales de contrapartida para servicios a adultos de 21 a 64 años.
- **Hospitales psiquiátricos del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles (DHS).** Estas instalaciones públicas proporcionan atención psiquiátrica aguda a personas con todo tipo de seguro, incluidas las que son indigentes. Hay tres hospitales del DHS que brindan atención psiquiátrica aguda: LAC + USC Medical Center (que incluye el Centro de Salud Mental Augustus F. Hawkins), Olive View-UCLA Medical Center y Harbor-UCLA Medical Center. Estas tres instalaciones están autorizadas como Hospitales Generales de Cuidados Agudos (GACH, por sus, por sus— y están autorizadas. Como los únicos hospitales públicos en el condado de Los Ángeles que proporcionan atención psiquiátrica aguda, a menudo les corresponde a ellos servir a los clientes con las necesidades más agudas y los episodios más costosos.
- **Hospitales psiquiátricos de Short-Doyle.** Estas instalaciones proporcionan atención psiquiátrica aguda exclusivamente a personas que no tienen seguro y no son elegibles para Medi-Cal

como parte del programa Short-Doyle del Condado de Los Ángeles. Hay dos de estos hospitales en el condado de Los Ángeles: Gateways Hospital y Kedren Community Health Center. Ambos tienen licencia como Hospitales Psiquiátricos Agudos (APH) y se consideran IMDs.

- **Centros de Salud Psiquiátrica (PHF).** Estas instalaciones no son técnicamente hospitales (tienen licencia bajo la categoría de centro de salud psiquiátrica separada), sino porque también proporcionan 24/7

la atención psiquiátrica aguda se incluye típicamente en este nivel de cuidado. Solo hay algunas de estas instalaciones en el Condado de Los Ángeles: dos adultos que sirven (operados por Telecare y Exodus Recovery Inc, respectivamente) y uno que atiende a adolescentes (operado por Stars Behavioral Health Group). Los tres son sólo 16 camas cada uno, por lo que no se consideran IMDs. Estos son a menudo una excelente alternativa de cuidados intensivos a los hospitales para los clientes en crisis.

### Cambios recomendados en los servicios hospitalarios

Creemos que la calidad de los servicios en toda nuestra red de hospitales de salud mental aguda podría mejorarse en general. Muchos clientes no reciben una programación clínica adecuada orientada a la recuperación durante su estancia hospitalaria, y el personal de apoyo entre pares nuevamente está subutilizado en este nivel de atención. La planificación del alta / cuidado posterior puede ser deficiente, con un trabajo familiar a menudo limitado mientras los clientes están en el hospital. Todo esto puede conducir a tasas inaceptables de readmisión y daños concomitantes al cliente; por ejemplo, la tasa de readmisión de 30 días de los hospitales de Medi-Cal FFS a cualquier otro entorno hospitalario agudo es del 37,8%.

Además, tenemos que asegurarnos de que los hospitales proporcionen una atención aguda adecuada a todos aquellos que la necesiten. Algunos hospitales rechazan a los clientes que consideran demasiado "difíciles" de tratar. Esto es especialmente un problema para los clientes actuales o anteriormente involucrados en la justicia, así como para aquellos con discapacidades del desarrollo. La atención para muchos de estos clientes tiende a recaer en los ya sobrecargados hospitales públicos del DHS.

Por último, hay déficits significativos en nuestra red de psiquiatras, que desempeñan un papel fundamental para garantizar servicios de alta calidad y la gestión de los clientes en todos los entornos hospitalarios. Tomar medidas para abordar estos déficits será fundamental para mejorar nuestros servicios hospitalarios de salud mental.

Según su modelo, Mercer está recomendando solo 32 camas de hospital adicionales para adultos y 12 camas de hospital para niños. Actualmente tenemos 32 camas agudas en desarrollo en el MLK BHC; 16 camas PHF para adultos y 16 camas PHF para adolescentes. Por lo tanto, en este momento creemos que, para la población no carcelaria, la necesidad de camas de hospital agudas adicionales en el condado de Los Ángeles es mínima.

Los siguientes son nuestros cambios recomendados para mejorar nuestras camas y servicios hospitalarios de salud mental. Muchas de estas recomendaciones se repiten en el informe Mercer, que también describe con mayor detalle nuestra red hospitalaria actual. A pesar de que estas recomendaciones no aumentarán significativamente la capacidad de las camas de hospital de salud mental en el condado, todas ellas seguirán aumentando directamente la disponibilidad de camas y servicios de salud mental (incluidas las camas de hospital) para aquellos que realmente las necesitan.

#### **1 – Desarrollar camas hospitalarias más agudas para niños**

Mercer está recomendando que desarrollemos 12 camas de hospital de salud mental adicionales

para niños, y estamos de acuerdo en que esta es una necesidad significativa. Los niños (definidos como menores de 13 años) con trastornos emocionales graves (SED) rara vez necesitan atención hospitalaria aguda. Pero cuando lo hacen, la necesidad es grave, y necesitamos suficientes camas distribuidas en todo el condado tanto para satisfacer esta necesidad como para minimizar la carga de la familia que viaja para estar con su hijo durante su estadía en el hospital.

Actualmente estamos investigando soluciones oportunas a este problema. Es probable que haya un inventario de camas no utilizadas o camas que podrían convertirse de otro grupo de edad para servir a los niños en su lugar. Nosotros

estaremos centrando especialmente nuestra atención en zonas que actualmente tienen un déficit significativo en camas de agudos infantiles, como el Valle de San Gabriel.

## **2 – Desarrollar camas de hospital más agudas que puedan servir a los clientes desviados de la cárcel**

La Oficina de Desviación y Reingreso (ODR) del DHS actualmente tiene 18 camas de hospital de agudos en Olive View-UCLA Medical Center que utiliza para servir a clientes con necesidades de atención aguda que son desviados de la cárcel. Este es un programa extremadamente exitoso que necesita expansión.

Como se mencionó anteriormente, ODR está coordinando un estudio para determinar la combinación de nuevas camas de salud mental necesarias para atender a la población carcelaria divertible con SMI. Sus estimaciones preliminares indican que necesitamos desarrollar 52 nuevas camas de agudos adicionales para satisfacer las necesidades de esta población.

## **3 – Aumentar la proporción de camas de hospital de agudos disponibles exclusivamente para los clientes de DMH**

De las 2.368 camas de hospitalización de agudos de nuestra red, solo tenemos acceso exclusivo a 245 de ellas. Estas camas exclusivas del condado incluyen las camas psiquiátricas en los hospitales del DHS, la mayoría de las camas en los dos hospitales Short-Doyle, así como 15 camas en dos de los hospitales de pago por servicio de Medi-Cal que se utilizan para tratar a los clientes que son indigentes.

Dado que utilizamos rutinariamente casi 1,000 de estas camas de agudos para nuestros clientes en un día determinado, hay una razón significativa para expandir nuestra red de camas exclusivas contratadas. Hacerlo nos permitiría garantizar mejor la disponibilidad de camas para nuestros clientes, así como proporcionar un flujo de ingresos más estable para los propios hospitales.

Esto también podría ser una estrategia para abordar las dificultades que colocan a ciertas poblaciones especiales. Por ejemplo, los clientes jóvenes con discapacidades del desarrollo y trastornos del espectro autista a menudo son difíciles de colocar, especialmente dadas las complejidades de la financiación y las interacciones con los centros regionales estatales de Ca. Tener camas exclusivas contratadas específicamente para esta población con flujos de financiamiento y criterios de admisión más claros podría hacer mucho para aliviar los problemas con la colocación de estos clientes.

## **4 – Continuar mejorando la calidad de la atención y las transiciones de los clientes en todos los entornos hospitalarios**

Al igual que con nuestras camas y servicios subagudos y residenciales, debemos continuar tratando de mejorar la calidad de los servicios y la experiencia del cliente de la atención en nuestros hospitales de agudos. El personal de apoyo entre pares y las familias también están subutilizados en estos entornos, a pesar de que pueden ayudar a facilitar la participación del cliente, una recuperación más rápida y transiciones más sostenibles fuera de los hospitales. Los compañeros también pueden ser invaluable

para proporcionar atención calmante a clientes potencialmente violentos.

Además, los hospitales privados de nuestra red a veces evitan clientes más "difíciles", especialmente clientes de las poblaciones especiales mencionadas anteriormente. Los hospitales merecen ser compensados por atender a los clientes con las necesidades más complejas, pero los hospitales que soportan esta carga de manera más consistente son los hospitales públicos del DHS. DMH debe hacer mejor para garantizar que los hospitales proporcionen atención de alta calidad

y aceptar a todos los clientes independientemente de la dificultad. Los contratos modificados, el establecimiento de la paridad de pago entre las instalaciones y con otros planes de salud, y los pagos mejorados para poblaciones especiales son todos mecanismos potenciales para ayudar con esto.

Las revisiones de utilización clínica<sup>21</sup> durante las estancias hospitalarias varían significativamente entre los tipos de hospitales de la red de DMH. Para los hospitales de pago por servicio de Medi-Cal, DMH revisa los episodios retrospectivamente (después de que el cliente es dado de alta), aunque actualmente estamos en el proceso de pasar a revisiones simultáneas (mientras el cliente todavía está admitido) por un mandato estatal. Para los clientes en los hospitales del DHS, el personal del DHS realiza estas revisiones. DMH tiene varios programas que ayudan a manejar el flujo de clientes que salen de los hospitales y pasan a los siguientes niveles de atención, pero estos servicios varían significativamente dependiendo del destino de la atención.

En general, necesitamos mejorar la forma en que gestionamos las colocaciones y las transiciones de los clientes en entornos hospitalarios, y ya hemos comenzado a hacer varios cambios al respecto. Estructuralmente, como se mencionó anteriormente, estamos reorganizando los programas de DMH responsables de revisar y administrar las ubicaciones de los clientes en los hospitales para crear un programa combinado que administrará las colocaciones y transiciones de los clientes en todas las camas de salud mental. En particular, estamos recomendando que esto eventualmente incluya que DMH realice revisiones de utilización y autorice servicios para el pago de estancias de clientes en los hospitales psiquiátricos del DHS en lugar de dejar esta responsabilidad al DHS. Creemos que este cambio reduciría las cargas para el DHS asociadas con las responsabilidades de revisión de la utilización, así como proporcionar oportunidades para una gestión más fluida de la atención al cliente y las transiciones en todo el sistema de camas de salud mental. La aplicación de seguimiento de camas y navegación del cliente (MHRLN) mencionada anteriormente, actualmente en desarrollo, también ayudará a administrar las transiciones de clientes en toda nuestra red de hospitales y más allá.

## **5 – Abordar la escasez de psiquiatras en el sistema**

Por último, el condado tiene una escasez significativa de psiquiatras que atienden a la población de salud mental de la red de seguridad, y esto también afecta la calidad del servicio y la disponibilidad de camas y servicios de hospitales de salud mental.

Actualmente estamos adoptando varias medidas para abordar esta cuestión. Estamos ampliando las oportunidades para que los psiquiatras teletrabajar, lo que proporcionará una mejora de la calidad de vida que les permitirá la opción de trabajar desde casa parte del tiempo. También estamos creando un registro de psiquiatras para alentar a los psiquiatras de DMH que deseen trabajar horas adicionales a hacerlo dentro de nuestro sistema de atención en lugar de fuera de él.

Hay otras soluciones que también tenemos que buscar. Muchos sistemas de cuidado de la salud mental han aumentado su utilización de los médicos psiquiátricos de la enfermera, de los psicólogos entrenados médicamente y del tratamiento de la especialidad, y de los farmacéuticos avanzados de la práctica para descargar algunas responsabilidades que caerían de otra manera en psiquiatras. Necesitamos explorar y considerar si y cómo estos extensores médicos pueden desempeñar un papel más importante en nuestro sistema de atención. Además, necesitamos desarrollar más

oportunidades de capacitación y apoyo profesional para nuestros psiquiatras y otras disciplinas de atención especializada. Más becas de atención pública, por ejemplo, ayudarían significativamente.

---

<sup>21</sup> Como el Plan de Salud Mental para el Condado de Los Ángeles, DMH realiza revisiones de utilización para la mayoría de las estadias hospitalarias de sus clientes. Esto incluye determinar la necesidad médica de la estancia y autorizar o denegar los servicios para el pago.

## Medidas recomendadas para la Junta de Supervisores

Para ayudarnos a avanzar rápidamente para comenzar a implementar los cambios de sistema recomendados detallados a lo largo de este informe, el Departamento de Salud Mental (DMH) recomienda que la Junta de Supervisores tome las siguientes medidas:

1. Autorizar al Director del Departamento de Salud Mental (DMH), o a su designado, a llevar a cabo un piloto para ampliar la capacidad de camas de salud mental y mejorar la capacidad existente en la red de DMH, dentro de los siguientes parámetros:
  - a. El piloto tendrá una duración de dos años a partir de la fecha de aprobación de la Junta; y
  - b. DMH buscará adquirir hasta 500 camas de salud mental con licencia estatal, aprobadas o exentas de cualquier tipo y mezcla que ayuden a satisfacer las necesidades de la red de DMH, derivadas de la contratación de camas adicionales utilizando la financiación continua disponible de DMH;
2. Para los propósitos de la implementación piloto y sujeto a todas las leyes estatales y federales, revisión previa y aprobación en cuanto a la forma por parte del Abogado del Condado, y notificación por escrito de diez días a la Junta y al Director Ejecutivo (CEO), delegue la autoridad al Director de DMH para negociar, ejecutar y / o enmendar contratos con instalaciones con licencia estatal, aprobadas o exentas según sea necesario, con hasta un período inicial de cinco años y hasta dos extensiones opcionales de un año, para aumentar la capacidad de camas de salud mental existente, incluyendo:
  - a. Revisar, modificar o reemplazar las declaraciones de trabajo existentes;
  - b. Reflejar cambios regulatorios y/o de políticas federales, estatales o del condado;
  - c. Añadir o revisar cualquier tipo o tipos suplementarios negociados o cualesquiera tipos establecidos por el Estado aplicable; y
  - d. Rescindir dichos contratos de acuerdo con las disposiciones estándar de terminación de contrato del Condado, incluida la terminación por conveniencia.
3. Delegar la autoridad al Director de DMH, o a su designado, para contratar a un consultor de manera temporal y / o intermitente para ayudar a diseñar y ejecutar un plan integrado para el piloto, desarrollar declaraciones de trabajo para contratos y ayudar con otras actividades como parte de la construcción piloto, según sea necesario, con un monto máximo de contrato de \$ 500,000 utilizando los fondos de una sola vez disponibles de DMH.
4. Ordenar al Director de DMH que proporcione un informe anual de estado a la Junta de Supervisores con el primer informe que vence en enero de 2021 para incluir la siguiente información y análisis:
  - a. El número, tipo y costo de camas contratadas a través del piloto;
  - b. Una proyección de la cantidad de fondos restantes de DMH disponibles para adquirir camas adicionales hasta el objetivo de 500 camas del piloto;
  - c. El impacto de las camas contratadas adicionales en la red de DMH, incluyendo cualquier ahorro departamental u otras compensaciones de reducción de costos; mejoras en el flujo de clientes a través de la red; mejoras en la calidad y los resultados de la atención; y cualquier otra métrica pertinente; y

- d. Las oportunidades para una mayor expansión de camas, y los costos asociados, necesarios para alcanzar el objetivo de 500 camas del piloto, de cualquier tipo y combinación ayudarán a satisfacer las necesidades de la red de DMH que considera el trabajo de todos los esfuerzos del Condado para ampliar la disponibilidad de camas y servicios de salud mental.

5. Ordenar al Director de DMH que trabaje con el Ceo para desarrollar un plan de financiamiento propuesto para los costos asociados con las camas restantes necesarias para llegar al objetivo de 500 camas del piloto, en consulta con los departamentos afectados según sea necesario, que si se adopta se introduciría gradualmente en ciclos presupuestarios futuros, según sea necesario, que permitirá que las recomendaciones se consideren en el contexto de la financiación disponible restante de DMH, el presupuesto general y numerosas prioridades y solicitudes de financiamiento en competencia. Si está completo, incluya este plan de financiación propuesto con el informe de enero de 2021 a la Junta de Supervisores.
  - a. Incluya en el plan opciones para convertir las camas con licencia o aprobadas existentes de una entidad a otros tipos de camas con licencia o aprobadas que satisfagan las necesidades de la red de DMH que consideren disposiciones de costos compartidos por única vez por las cuales el Condado puede financiar una parte del costo de las conversiones de camas.
  - b. Incluya en el plan la consideración de fondos adicionales que pueden estar disponibles a través del gobierno estatal y federal, las aseguradoras privadas y la filantropía.
  
6. Dirigir al Director de DMH, en coordinación con el CEO, para llevar a cabo una evaluación de necesidades para proveedores de personal y / o contratados para desarrollar y mejorar aún más los programas y servicios ambulatorios y administrativos que apoyan la red de DMH de tratamiento basado en instalaciones, incluyendo pero no limitado a: (1) servicios móviles de respuesta a crisis; (2) servicios de gestión de la utilización; (3) Servicios de asociación de servicio completo; y (4) otras alternativas a la hospitalización, como la hospitalización ambulatoria intensiva y la hospitalización parcial; financiado por DMH disponibles fondos en curso e informe a la Junta.
  - a. Incluya en la evaluación las necesidades de personal de administración adicional, tecnología, espacio de instalaciones u otra infraestructura administrativa para apoyar el trabajo de este personal y programas.
  
7. Dirigir al DIRECTOR EJECUTIVO, en coordinación con los Departamentos de Servicios de Salud, Salud Mental, Salud Pública, Servicios para Niños y Familias, la Iniciativa para Personas sin Hogar, la Autoridad de Desarrollo del Condado de Los Ángeles y otros departamentos que atienden a las poblaciones que usan las camas / servicios, para realizar un análisis de la variedad de programas del Condado y las corrientes de financiamiento relacionadas con la vivienda de apoyo (incluyendo juntas y cuidados, vivienda de apoyo permanente y viviendas de apoyo provisionales / puente y entornos de vida de otra manera) para aquellos con necesidades de trastorno por uso físico, mental o de sustancias.
  - a. Indique al Director Ejecutivo que incluya en este análisis opciones para administrar estos programas y flujos de financiamiento para mejorar la eficiencia y garantizar que la capacidad de vivienda de apoyo necesaria, como se delineó anteriormente, se desarrolle utilizando los fondos disponibles.

# COUNTYWIDE MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDER NEEDS ASSESSMENT

AUGUST 15 , 2019

Agencia de Salud del Condado de Los Ángeles



# CONTENTS

1. Resumen ejecutivo	1
• Análisis de las tendencias de prevalencia y utilización	2
2. Introducción	20
• Acerca del Sistema de Atención	20
• Acerca de la evaluación de necesidades	22
3. Metodología	24
• Datos y medidas utilizados en este análisis	24
• Preguntas de organización y enfoque analítico	25
• Solicitar la participación de las partes interesadas y de la comunidad del sistema	25
4. Análisis de prevalencia y utilización	26
• Tendencias de la población del condado	26
• Estimaciones de prevalencia de SED e IAM	33
• Estimaciones de prevalencia de SUD	34
5. Inventario de proveedores y evaluación de la capacidad	46
• Continuidad de la atención de la salud mental	46
• Trastorno por uso de sustancias Continuum of Care	48
• Análisis específicos de la instalación	51
6. Evaluación de la eficiencia del flujo de los miembros	79
• Flujo de clientes – Niveles de atención para pacientes hospitalizados y residenciales de salud mental	79

- Flujo de clientes – Niveles residenciales de atención de SUD87

7. Conclusiones de las partes interesadas93

- Temas de la reunión94
- Recomendaciones de la SAAC98
- Temas de proveedor100
- Recomendaciones para los próximos pasos102

8. Impresiones y recomendaciones103

- Impresiones generales y recomendaciones103

Apéndice A: Inventario de proveedores de MH116

- Residencial subagudo y comunitario119

Apéndice B: Inventario de proveedores de SUD125

Apéndice C: Cálculos de expansión de la cama136

# 1

## EXECUTIVE SUMMARY

### INTRODUCTION

La Agencia de Salud del Condado de Los Ángeles (Condado) (referida en este documento como "Agencia de Salud" o "Condado"), que incluye el Departamento de Servicios de Salud (DHS), el Departamento de Servicios de Salud Mental (DMH) y el Departamento de Salud Pública (DPH), contrató a Mercer Government Human Services Consulting (Mercer), una parte de Mercer Health & Benefits, LLC, para realizar una evaluación de las necesidades de tratamiento de salud mental (MH) y trastorno por uso de sustancias (SUD) del Condado, la capacidad y las brechas anticipadas entre los niveles priorizado de la atención; MH agudo, subagudo y residencial, y SUD residencial y vivienda basada en la recuperación. Los niveles restantes de atención, otros servicios o programas disponibles a través del sistema de atención del Condado, como la junta y los cuidados, la vivienda con apoyo permanente, la vivienda provisional, el respiro entre pares o los servicios y apoyos intensivos basados en la comunidad [por ejemplo, programas de asociación de servicio completo (FSP)], no se incluyen en esta evaluación y análisis de necesidades.

Los componentes clave de la evaluación de necesidades incluyen: (1) delinear las necesidades de tratamiento existentes (prevalencia), utilización y capacidad para los residentes del Condado con enfermedades mentales y/o SUD<sup>1</sup>, (2) proyectar las tendencias de utilización y/o crecimiento por nivel de atención y población, (3) determinar las brechas en los servicios de acuerdo con los estándares de adecuación de la red, la ubicación geográfica y otras prioridades específicas de la población, (4) analizar las ineficiencias en el flujo de clientes a través de los recursos, y (5) recomendar áreas de énfasis para expandir los servicios basados en conclusiones.<sup>2</sup> La evaluación de necesidades se aplica a los residentes del Condado elegibles para los servicios de MH y SUD operados por el condado y contratados por el condado y otros recursos disponibles en todos los grupos de edad, incluidos los jóvenes con trastornos emocionales graves (SED), adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y/o jóvenes (de 12 años o más) y adultos con condiciones de SUD.

---

<sup>1</sup> La porción de prevalencia del análisis fue informada por una evaluación de las necesidades de la población incluida como parte del Informe de Evaluación del Plan de Trabajo de Mejora de la Calidad del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, julio de 2017, que documentó la población del Condado en o por debajo del 138%

del Nivel Federal de Pobreza. Sin embargo, el programa de MH y SUD administrado por el Condado también incluye a personas no elegibles para Medi-Cal, personas indocumentadas y grupos con elegibilidad de Medi-Cal por encima del 138% de FPL (las mujeres y adolescentes perinatales son elegibles hasta 213% y 266% de FPL, respectivamente).

<sup>2</sup> Descripción del Alcance del Trabajo de la Agencia de Salud del Condado de Los Ángeles para una Evaluación de necesidades de salud mental y trastorno por uso de sustancias en todo el condado (agosto de 2018).

pendiente Para el Salud Agencia actual prioridades, esto necesita evaluación es centrado en Evaluar miembro necesitar y sistema capacidad para basado en instalaciones Mh y Sud servicios en el en todo el condado nivel. futuro necesidades Evaluaciones será construir sobre el Resultados de éste evaluación y continuar Para Avanzar el Gol de edificio a Mh Sud y co-que ocurre continuo de cuidado y proveedor redes diseñado Para gestionar crisis y cuidado proactivamente Para mitigar el necesitar para basado en instalaciones servicios en un entorno que admite cultural y lingüístico necesidades.

*El informe y los análisis actuales están diseñados como una evaluación preliminar para guiar la futura expansión del servicio y para proporcionar una comprensión más amplia de las necesidades de servicio en todo el Condado.*

## ANALYSIS OF PREVALENCE AND UTILIZATION TRENDS

En los últimos años, una serie de dinámicas dentro y fuera del Condado están contribuyendo a una mayor demanda de servicios intensivos de MH y SUD residencial. Mercer identificó factores nacionales, estatales y del condado, así como influenciadores específicos del sistema que están contribuyendo a la necesidad de considerar una expansión de los servicios para pacientes hospitalizados y residenciales de MH y SUD en el Condado.

### Aumento de la demanda de servicios de MH y SUD

Los cambios legislativos y de políticas dentro del estado y el condado se han implementado con el tiempo y han llevado a un aumento inesperado en la demanda de servicios intensivos de MH y SUD. Para responder a estas necesidades cambiantes, la Agencia de Salud se ha visto obligada a implementar rápidamente cambios en los programas y agregar capacidad adicional para satisfacer las necesidades de una población cada vez más compleja y desafiante.

Los eventos en los últimos años que han tenido un impacto particularmente significativo en la demanda de servicios de MH y SUD incluyen:

- Aumento de la tasa de personas sin hogar – El Condado ha estado experimentando un aumento en las personas sin hogar durante la mayor parte de la última década. Numerosos estudios han establecido la relación entre la falta de vivienda y la prevalencia de las condiciones de SMI y SUD.
- Expansión de Medicaid – La expansión de Medicaid impactó significativamente el número de personas elegibles para Medi-Cal en California y dentro del Condado. En todo el estado, 3.8 millones de personas más obtuvieron cobertura de Medi-Cal debido a la expansión de Medicaid (~ 1.2 millones de aumento en el condado de Los Ángeles).<sup>3</sup>

3 <https://calbudgetcenter.org/wp-content/uploads/Fact-Sheet-Medi-Cal-Millions-Across-California-Faces-Uncertain-Future-29.11.2016.pdf>

---

- Población de salud mental de la cárcel e iniciativas de desviación – Los datos proporcionados por los equipos de MH ubicados en muchas de las cárceles del condado indican que ha habido un aumento del 50% en el número de reclusos femeninos y masculinos que presentaron algún tipo de condición de MH entre 2013 y 2017. En respuesta a los datos, se han puesto en marcha iniciativas para satisfacer mejor las necesidades de MH y promover el acceso a los servicios de tratamiento de MH y SUD. La legislación reciente en California ha impulsado un cambio filosófico para la transición de delincuentes no violentos y personas con condiciones subyacentes de MH y SUD fuera de las cárceles y en los programas comunitarios de tratamiento de MH y SUD.
- Curatela Lanterman-Petris Short (LPS) – Una curatela LPS es el término legal utilizado en California que le da a un adulto (curador) la responsabilidad de ser el sustituto de la toma de decisiones para un adulto (conservador) que tiene un SMI. Aproximadamente 4,600 residentes del condado pueden estar en estado de curatela activa en un momento dado. Muchas de estas personas, cuya curatela de LPS se puede iniciar durante los períodos de encarcelamiento, presentes en las salas de emergencia psiquiátricas del DHS y / o son admitidos en las unidades psiquiátricas de hospitalización del DHS por períodos de evaluación obligatorios como parte de los procedimientos de solicitud y evaluación de curatela, a menudo con períodos prolongados de estadía (los hospitales privados de agudos también experimentan este problema). Debido a los cambios recientes con los solicitantes que impugnan las disposiciones legales de estos casos y el hecho de que cada vez más miembros están llevando a cabo juicios con jurado para decidir casos de curatela, la duración de la estancia en unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados se ha extendido mientras los casos serpentean a través de procedimientos legales.
- Utilización de niños y adolescentes de los servicios de emergencia psiquiátrica – Basado en entrevistas con médicos de la sala de emergencias psiquiátricas del DHS, trabajadores sociales y administradores, hay un aumento notable en el número de niños y adolescentes que se presentan en las salas de emergencia psiquiátrica del DHS. Un artículo reciente publicado en el *Journal of the American Medical Association* – *Pediatría*, destacó la evidencia que demostró un marcado aumento en los intentos de suicidio y la ideación suicida entre los niños y adolescentes que se presentan a los departamentos de emergencia de los hospitales infantiles terciarios de los Estados Unidos (publicado en línea el 8 de abril de 2019). El aumento de la prevalencia nacional y local de niños y adolescentes que pueden requerir una evaluación continua y supervisión psiquiátrica dentro de un entorno de tratamiento controlado basado en instalaciones requiere que el Organismo de Salud examine la suficiencia actual de recursos apropiados para la edad para satisfacer esta necesidad emergente.
- Implementación del sistema de administración organizada de Medi-Cal de medicamentos : el programa piloto financiado por Medi-Cal establece un conjunto integral de servicios de SUD (incluidos los servicios residenciales de SUD) a través de una estructura organizada y aprovecha un enfoque continuo de atención modelado según los criterios de ASAM. Ha habido consenso entre

la comunidad de tratamiento de SUD de que el programa ha mejorado el acceso al tratamiento y los servicios de SUD.

**Estimaciones de prevalencia y utilización futura proyectada de los servicios de salud mental y SUD** La prevalencia estimada de SED/SMI y SUD entre niños y adultos dentro del Condado se puede utilizar como punto de partida para formular la demanda potencial de servicios y se puede aprovechar para apoyar una evaluación de la capacidad de tratamiento del sistema.

Mercer realizó un análisis de los patrones históricos de utilización de servicios para niños y adultos y estimó las expansiones esperadas de las personas que probablemente accederán a los servicios de MH y SUD en los próximos años. Estas estimaciones se derivan de los datos de utilización de MH y SUD con tendencia y consideran el crecimiento de año a año basado en las tendencias actuales de la población y los impactos de las iniciativas de desvío de cárceles, la proliferación continua de la población sin hogar y otros factores identificados en este informe que están llevando a una mayor demanda de servicios de MH y SUD en el Condado.

Los aumentos en la falta de vivienda y los cambios en las políticas de justicia penal continuarán influyendo en la demanda y utilización futuras de los servicios de MH y SUD administrados por el Condado. Muchos de estos factores, y probablemente una miríada de otros problemas no identificados y emergentes, tienen relaciones interdependientes complejas y datos confiables para medir uno o más de los factores pueden ser esquivos. Como tal, la evaluación de las necesidades no incluye la aplicación de un modelo predictivo formal para cuantificar estos impactos; sino que busca oportunidades para informar el análisis a través de una revisión de impacto que aproveche las listas de espera de los establecimientos de atención, las entrevistas con informantes clave y otra información cuantitativa y cualitativa disponible. Debido a que estos factores son características integradas del sistema actual de atención, el crecimiento de los usuarios de MH y SUD año a año es probablemente el método más preciso para estimar la demanda futura.

Si bien es útil para obtener una comprensión de la magnitud de estas condiciones entre la población, las estimaciones de la prevalencia de SED / SMI por sí solas pueden no ser confiables para predecir la medida en que estos individuos realmente accederán y utilizarán los servicios de MICOS. Además, la totalidad de las personas que presentan condiciones de SED/SMI no requieren necesariamente los servicios intensivos basados en instalaciones de MH que son el foco de esta evaluación de necesidades.

También cabe señalar que la utilización actual puede ser indicativa de un patrón de subutilización y puede no ser representativa de la demanda potencial de servicios si se dispone de más opciones de tratamiento o se amplía la capacidad de camas. Por ejemplo, con aproximadamente 59,000 personas sin hogar en el Condado y estima que el 25% de esta población es probable que cumpla con los criterios de diagnóstico y funcionales para un SMI, casi 15,000<sup>4</sup> de estas personas pueden necesitar servicios de MH y / o SUD, un número que los datos actuales de utilización del servicio probablemente subrepresentan debido a los desafíos inherentes con la participación de esta población en los servicios. Además, un gran porcentaje de la

---

<sup>4</sup> Mercer estima que se espera que casi el 13% de la población de SMI del Condado utilice servicios agudos o subagudos cada año. Como tal, esta estimación para la población sin hogar podría incluir hasta 2.000 miembros adicionales cada año ( $.13 \times 15.000 = 1.950$ ).

es probable que la población carcelaria sea elegible para la desviación, y es probable que algún porcentaje de esta población necesite servicios hospitalarios y subagudos agudos.

**Resumen del crecimiento estimado del programa<sup>5</sup> (año tras año) – MH (adultos y niños) y SUD (personas mayores de 12 años)**

Esta tabla proporciona un resumen agregado del crecimiento estimado para cada año en todos los niveles priorados de atención analizados en esta evaluación de necesidades. Se pueden encontrar más detalles por nivel de atención y población en la *Sección 4., Análisis de prevalencia y utilización.*

POPULATION	ESTIMATED GROWTH YEAR OVER YEAR (percent)	ESTIMATED GROWTH YEAR OVER YEAR (UNIQUE USERS)
Niño – MH	2% – 6%	120 – 350
Adulto – MH	4% – 8%	1,800 – 3,600
SUD (edad +12)	5% – 10%	600 – 1.200

**Inventario actual de proveedores**

Mercer generó un inventario de las instalaciones existentes de salud mental y tratamiento de SUD, con un enfoque en el número de camas de hospitalización y residenciales. Se recopilaron la capacidad de camas y el tipo de centro de atención, incluido el volumen de camas disponibles y la distribución de los tipos de instalaciones en los continuos de atención de MH y SUD.

Mercer realizó un análisis de los proveedores de MH y SUD en cada categoría de atención hospitalaria y residencial y asignó el tipo de instalación y destacó las características de la instalación y los elementos de datos (por ejemplo, el número de camas operativas disponibles, la duración promedio de la estadía, etc.) para cada tipo de instalación. La intención de los resúmenes es proporcionar una instantánea de las estadísticas clave asociadas con cada tipo de instalación y promover una comprensión más profunda de la capacidad disponible de los proveedores, los patrones de utilización y las barreras (reales y percibidas) que afectan el acceso y la atención.

Las descripciones completas de todas las instalaciones que comprenden el continuo de atención hospitalaria y residencial se pueden encontrar en la *Sección 5., Inventario de proveedores y evaluación de la capacidad y apéndices A y B.*

**Evaluación del flujo de clientes**

Como parte de la evaluación de las necesidades de MH y SUD, Mercer realizó una evaluación de la eficiencia del flujo de clientes. Para apoyar el análisis, Mercer examinó las siguientes fuentes de datos e información:

---

<sup>5</sup> Los aumentos porcentuales y numéricos se refieren al crecimiento estimado **de las personas que** utilizan entornos de atención hospitalaria, subaguda y residencial **de MH** y **servicios de gestión** de retiros residenciales y **basados en instalaciones de SUD**.

- Duración promedio de la estadía para cada tipo de instalación (MH) o categoría de centro de atención (SUD);
- Tasas de readmisión de MH de 7 y 30 días con tendencia. Para las categorías de instalaciones de atención de SUD, Mercer revisó las tasas de readmisión de 3 meses y 6 meses;
- Datos agregados de autorización para hospitales de pago por servicio y hospitales operados por el DHS para discernir la proporción de días agudos, administrativos y denegados (solo MH);
- Datos de la lista de espera de instalaciones designadas recopilados por DMH (solo MH); y
- Resultados de consultas sucesivas del Servicio online DPH y herramienta de disponibilidad de camas (sólo SUD).

Los resultados de la evaluación del flujo de clientes revelaron hallazgos y oportunidades significativos para mejorar la utilización de la capacidad de camas existente. Los hallazgos clave incluyen requisitos onerosos para que la documentación clínica demuestre la estabilidad del paciente, políticas de admisión restrictivas y una estructura que desalienta la consulta del médico de referencia con la instalación de bajada potencial. Como resultado de los hallazgos derivados de la evaluación, Mercer está recomendando un análisis del papel y los procesos de DMH como guardián para acceder a varias instalaciones clave de atención de MH.

Además, los datos de disponibilidad de camas SUD recopilados durante semanas sucesivas demostraron tendencias claras que deberían informar la posible programación y expansión de camas. Los resultados específicos de SUD se pueden encontrar en la *Sección 6., Evaluación de la eficiencia del flujo de miembros.*

Un hallazgo importante derivado de la evaluación de la eficiencia del flujo de miembros fue que casi 2 de cada 5 personas adultas dadas de alta de un hospital de pago por servicio experimentaron una readmisión dentro de los 30 días a otro tipo de centro dentro de la categoría de atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados. En contraste, uno de cada cinco individuos adultos dados de alta de un hospital del condado operado por el DHS fue readmitido dentro de los 30 días durante el mismo período de tiempo.

Otro hallazgo significativo estuvo relacionado con la proporción de días administrativos y denegados en los hospitales de pago por servicio en comparación con los hospitales de condado operados por el DHS. Bajo los días administrativos, el miembro no cumple con los criterios de necesidad médica, pero hay evidencia de que el miembro está esperando una baja apropiada a otro centro de atención para el tratamiento continuo. Los días denegados se inician y se acumulan cuando el miembro no cumple con los criterios de necesidad médica y hay una ausencia de un plan de alta definitivo o el alta del miembro del hospital de pacientes hospitalizados agudos es inminente o está pendiente de la disposición de los apoyos comunitarios apropiados.

La siguiente tabla ilustra el porcentaje desproporcionado de días administrativos autorizados en los

hospitales del condado operados por el DHS en comparación con la red de hospitales de pago por servicio.

Los días administrativos y denegados juntos representan casi el 75% de los días totales de cama en los hospitales del condado en comparación con aproximadamente el 25% de los hospitales de pago por servicio. Es probable que múltiples factores estén influyendo en estos resultados, incluido el volumen de miembros en estado de tutela de LPS y los tiempos de espera extendidos para acceder a las instalaciones de paso a paso. Además, los miembros que no son formalmente

colocado en una lista de espera, o que están esperando la colocación en ciertos niveles más bajos de atención, puede no cumplir con los criterios de autorización administrativa y puede permanecer en un entorno hospitalario bajo el estado denegado.

**Desglose de los días autorizados, hospitales hospitalizados de agudos – año fiscal 2017**

Tipo de instalación	% - Días agudos	% - Días administrativos	% - Días denegados
Fee-for-Service Hospit als	74.9%	11.7%	13.4%
Hospitales del Condado operados	27.0%	25.5%	47.6%

Un análisis de las razones de denegación para los hospitales del condado operados por el DHS revelan que casi el 80% de todos los días denegados se atribuyen al código de razón 70 (nivel inferior de atención = días no facturables) o al código de razón 50 (el paciente no cumple con los criterios administrativos para el alta al hogar, refugio o calle). Este hallazgo ilustra una necesidad insatisfecha significativa de entornos de atención alternativos para los miembros que ya no requieren tratamiento hospitalario para pacientes hospitalizados agudos.

**Temas de las partes interesadas**

Como parte de la evaluación de las necesidades de MH y SUD, Mercer recopiló, analizó e incorporó comentarios de múltiples foros y reuniones de partes interesadas. Las aportaciones de las partes interesadas se han organizado en temas que posteriormente han sido objeto de análisis y recomendaciones incluidos en el presente informe. Vea la Sección 7., *Temas de las partes interesadas* para revisar las fortalezas del sistema identificadas, las brechas de servicio y los desafíos desde la perspectiva de los defensores, los clientes y los miembros de la familia, los proveedores y el personal del Condado.

**Expansión planificada de la cama**

La Agencia de Salud ha implementado planes para ampliar la capacidad de camas en los próximos dos años. Los aumentos previstos por tipo de centro de atención se resumen a continuación:

- DMH, DPH y DHS Behavioral Health Center en el Hospital Martin Luther King, todas las camas nuevas:
  - 80 camas subagudas para clientes forenses
  - 16 camas de hospitales agudos Centro de Salud Psiquiátrica para adultos
  - 16 camas de hospital de agudos Centro de salud psiquiátrica para adolescentes
  - 16 camas residenciales de crisis
  - 32 camas residenciales generales
  - 16 camas de gestión de retiro sud

- 66 camas de tratamiento residencial SUD (33 hombres/33 mujeres)

- Camas residenciales de crisis en proceso en otros campus del Condado de Los Ángeles (todas las camas nuevas):
  - 64 camas en LAC+USC
  - 80 camas en Olive View
  - 80 camas en rancho Los Amigos Centro Nacional de Rehabilitación
- Otras camas:
  - 32 beds subagados en Aurora Las Encinas. Estas serán camas arrendadas /contratadas para uso exclusivo de DMH que utilizan la capacidad con licencia existente.
  - 32 camas residenciales para adultos en crisis en el Servicio Especial para Grupos y los Centros de Abuso de Alcohol y Drogas de Los Ángeles. Serán camas nuevas.
  - 16 camas residenciales de crisis para adolescentes en The Teen Project. Serán camas nuevas.
  - 1 nuevo centro de atención de urgencias en Star View City of Industry (12 camas para adultos, 6 para adolescentes).

### Recomendaciones – MH y SUD Bed Expansion

Mercer's Recomendaciones tomar en cuenta el actual inventario de Hospitalización y residencial cuidado ajuste capacidad para Tratar Salud agencia Mh y Sud participantes del programa, Incluido condado exclusivo/propiedad Camas y disponible operativo capacidad que potencialmente podría dar cabida a una futura expansión de camas dedicadas.

Mercer ofrece una evaluación del inventario/red actual de proveedores y recomienda expansiones de camas para entornos de atención designados utilizando una fórmula basada en datos para estimar la capacidad de camas adicionales cuando se considere apropiado.

*Coordinar el acceso un una rojo de centros de atención que esté óptimamente equipada para satisfacer las necesidades únicas de tratamiento de la población y la supresión adecuada de ella haría avanzar en gran medida el sistema de prestación de atención más allá de su*

En los cuadros que figuran a continuación se presentan recomendaciones resumidas para ampliar la capacidad actual de MH y SUD para pacientes hospitalizados y centros de atención residencial. Puede encontrar información adicional sobre los cálculos y recomendaciones de expansión de la cama en la Sección 8., Impresiones y recomendaciones.

### Sistema de Atención MH – Centros de Atención Para Pacientes Hospitalizados y Residenciales

El resumen que figura a continuación incluye recomendaciones para aumentar el número de camas en los

centros de atención de salud de menores designados en los que los resultados de la evaluación de las necesidades demostraron una justificación para ampliar el número de camas. La expansión de camas recomendada se ha ajustado para tener en cuenta las camas estatales recientemente agregadas y futuras planificadas.

- *Entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos (hospitales de pago por servicio, hospitales del condado de DHS, instalaciones de Short-Doyle y centros de salud psiquiátrica):*
  - *Añadir 12 camas para niños y 32 camas para adultos (44 camas en total); y*
- *Entornos de atención subaguda (hospitales estatales, subagudos especializados, subagudos generales y centros de tratamiento comunitario):*
  - *Añadir 1.508 camas para adultos*

A continuación se incluyen las descripciones de los encabezados de columna seleccionados:

*Capacidad de camas arrendadas del condado y del condado* : el número de camas disponibles exclusivamente para DMH y / o propiedad / arrendadas por DMH, DPH o DHS;

*Utilización de camas exclusivas del condado<sup>6</sup>* : la tasa de utilización de todas las camas exclusivas y / o propias del condado durante el año fiscal 2017;

*Capacidad total de camas* : el número total de camas disponibles y operativas en el centro de atención especificado; y

*Utilización total de camas<sup>7</sup>* – La tasa de utilización por parte de los miembros de la Agencia de Salud de todas las camas disponibles y operativas en el centro de atención especificado.

Entorno de categoría	Tipo de instalación	Camas exclusivas del condado capacidad	condado exclusivo cama utilización	Camas Total capacidad	Camas Total utilización
Resolución de crisis y triaje	Centros de atención de urgencias	8	83%	132	33%
	Psiquiatría ERs	69		69	
	Programas de tratamiento residencial de crisis		8139%		
<b>TOTAL</b>		<b>77</b>		<b>282</b>	
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluyendo Freestanding)	15	100%	2.045	33%
	Condado/DHS operado Hospitales	120 <sup>1</sup>	99% <sup>130</sup>	99%	
	Instalaciones de Short-Doyle	82	100% <sup>12784</sup> %		
	Establecimientos de salud psiquiátrica		4881%		

<sup>6</sup> El cálculo se basa en el total de días de cama de usuario único del año fiscal 2017 divididos por los días de cama exclusivos / propiedad del Condado disponibles dentro de un año en la instalación designada.

<sup>7</sup> El cálculo se basa en el total de días de cama de usuario único del año fiscal 2017 divididos por todos los días de cama

de funcionamiento disponibles dentro de un año en la instalación designada.

Entorno de atención	Tipo de	condado	capacidad de	Cama Total	Cama Total
catagoría		camas del	condado	capacidad	
Nivel 2 – Sub-agudo	Hospitales estatales		490 <sup>2</sup>		22%
	especializado		1,058		52%
	General			590	54%
	Instalaciones de tratamiento comunitario			68	57%
<b>total</b>				<b>2,206</b>	
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos	602	55%	602 <sup>3</sup>	55%
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)		1,206		N/D <sup>4</sup>
<b>total</b>		<b>602</b>		<b>1,808</b>	

1 Excluye 18 Camas asignado Para el oficina de desviación y Reingreso

2 Solo aproximadamente el 10% del volumen total de camas de hospitales estatales están teóricamente disponibles para los miembros de la Agencia de Salud y otros programas de MH basados en el condado para colocaciones de clientes LPS (civiles). Además, esta disponibilidad puede reducirse en el futuro a medida que se asignen más camas a las colocaciones de clientes forenses.

3 Los Servicios Residenciales Enriquecidos son un programa específico de DMH que utiliza camas disponibles de Junta y Cuidado (Centro Residencial para Adultos).

4 La utilización total de camas para programas terapéuticos residenciales a corto plazo no se pudo calcular de manera confiable, ya que los entornos de atención han experimentado una expansión significativa en los últimos años que puede no tenerse en cuenta por completo en estos datos que se calculan en función de los usuarios del año fiscal 2017.

### Sistema de Atención SUD – Centros de Atención de Gestión de Retiro Residencial

La expansión recomendada de la cama SUD considera la capacidad recientemente agregada implementada por DPH, incluidos los aumentos en las camas residenciales y de gestión de retiros de SUD y la expansión de la vivienda de vivienda sobria / puente de recuperación, que según los informes ha aumentado a casi 1,000 camas que ahora están disponibles para las personas elegibles para el sistema de atención SUD administrado por DPH.

- ASAM LOC 3.1 – Residencial de Baja Intensidad
  - Agregue 397 camas con énfasis en la expansión de la cama masculina adulta
- ASAM LOC 3.3 – Residencial de Alta Intensidad – Específico de la Población
  - Agregue 149 camas con énfasis en la expansión de camas para adultos y jóvenes de mujeres y hombres
- ASAM LOC 3.5 – Residencial de Alta Intensidad – No Específico de la Población
  - Agregue 403 camas con énfasis en la expansión de la cama masculina adulta

- *ASAM LOC 3.2 – Gestión de retiro residencial clínicamente administrado*
  - *Agregue 258 camas con consideración para la expansión de camas juveniles femeninas y masculinas*

Nivel ASAM	Usuarios únicos (año fiscal 2017-2018)	Días de cama (FY 2017-2018)	Duración media de la estancia (días)	2017-2018 Cama capacidad
3.1	8,178	395,750	43.4	2,083
3.3	409	15,571	35.7	490
3.5	2,248	96,120	39.6	1,596
<b>total</b>	<b>10,835</b>	<b>507,441</b>	<b>42.4</b>	
3.2	2,699	18,825	5.6	1,229
3.7	746	5,302	6.0	10*
4.0	6	14	N/D	10*
<b>total</b>	<b>3,451</b>	<b>121,569</b>	<b>5.8</b>	<b>1,239</b>
RBH	1,334	81,441	56.4	~1,000

\*Las 10 camas reflejan la capacidad total en los niveles 3.7 y 4.0 de ASAM, ya que los proveedores pueden flexionar estas camas en función de la necesidad actual. Por lo tanto, las camas no deben considerarse acumulativas, sino que reflejan la capacidad total si todas las camas disponibles se asignaron a un solo nivel ASAM (3.7 o 4.0).

### Recomendaciones adicionales

El análisis del inventario de proveedores también considera las necesidades únicas de la población que está siendo atendida y determina la medida en que la red actual puede satisfacer esas necesidades. Existen múltiples oportunidades para fortalecer los acuerdos con los proveedores y desarrollar estructuras de incentivos que refuercen los resultados deseados por la Agencia de Salud.

Con el fin de maximizar la efectividad de la red de proveedores de MH y SUD, se deben establecer procesos eficientes y bien definidos para identificar y referir a los clientes, evaluar el entorno del cliente y la atención para la idoneidad clínica, y garantizar el acceso oportuno a la atención. Idealmente, los protocolos de admisión estarán orientados a las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y debe haber una revisión clínica continua sólida de cada cliente en todo el sistema de atención basado en el centro para ayudar a garantizar el tratamiento activo y la necesidad continua del entorno de atención. La Agencia de Salud debe monitorear intencional y activamente indicadores clave como la duración promedio de la estadía, las tasas de readmisión y los resultados clínicos para garantizar que la atención eficiente y efectiva se proporcione de manera rutinaria. La programación y los recursos de coordinación de la atención deben mejorarse considerablemente y la Agencia de Salud debe adoptar un enfoque de revisión de la gestión/utilización de la atención que garantice el tratamiento activo, la aplicación de prácticas basadas en la evidencia y la incorporación de los principios de recuperación y resiliencia.

En un esfuerzo por presentar un conjunto significativo de recomendaciones específicas, Mercer ha identificado y priorizado recomendaciones que responden directamente a las conclusiones pertinentes derivadas del análisis de evaluación de necesidades. Estas recomendaciones abordan la idoneidad del inventario actual de proveedores e identifican oportunidades para fortalecer y ampliar la red para responder mejor a las necesidades únicas de los miembros, así como para acomodar la expansión

prevista de la población.

Las iniciativas de desarrollo del programa deben ser específicas e intencionales con respecto a la población que el Condado es responsable de apoyar. Por ejemplo, la Agencia de Salud debe desarrollar una capacidad específica dentro de una estructura de red contratada exclusivamente para apoyar las necesidades de atención residencial a largo plazo de las personas con necesidades de salud física y salud física. Esta capacidad y capacidad estarían a disposición de la Agencia de Salud para mitigar una necesidad establecida y resolver una brecha actual en el sistema de atención. Además, la Agencia de Salud debe formalizar un enfoque para una evaluación de la adecuación de la red, como un panel de control, que aproveche los puntos de datos clave para apoyar una evaluación continua de la suficiencia de la red que identifique proactivamente las brechas emergentes de la red y ofrezca oportunidades para intervenciones tempranas que mitiguen los resultados negativos.

Mercer también ha propuesto recomendaciones para mejorar el flujo de clientes, incluidas las revisiones del rol y el proceso actual de guardián de DMH, la implementación de un programa organizado de coordinación de la atención, la introducción de una revisión activa de la administración / utilización de la atención en todas las ubicaciones restrictivas y la adopción de un sistema basado en datos de la función de supervisión de la atención con la participación activa y la participación de todos los departamentos de la Agencia de Salud y las partes interesadas de la comunidad.

## **1. Abordar las áreas de necesidad a través del desarrollo de programas**

- A. Garantizar una capacidad suficiente en todos los centros de atención pertinentes para atender las necesidades únicas de la población. Las necesidades que deben abordarse incluyen:
  - i. Ampliar las camas de hospitalización de pacientes hospitalizados agudos para acomodar a niños menores de 13 años;
  - ii. Desarrollar programas especializados en todos los entornos de atención aplicables que estén disponibles para las agencias participantes de la Agencia de Salud. La expansión de la programación debe abordar mínimamente las siguientes condiciones/circunstancias:
    - a. MH y SUD que ocurren;
    - b. Individuos con discapacidades intelectuales y condiciones de MH, incluyendo niños con trastornos del espectro autista;
    - c. Miembros adultos y jóvenes con participación en la justicia penal;
    - d. Miembros en estado de curatela; y
    - e. Salud física co-mórbida y MH.

## **2. Ampliar y fortalecer los contratos directos con los proveedores de atención hospitalaria y residencial**

- A. Solo el 5% de la capacidad actual de camas operativas de MH está exclusivamente disponible para DMH o es propiedad del DHS (el cálculo excluye los hospitales estatales y los servicios residenciales enriquecidos). Como la entidad de atención administrada responsable del sistema de atención para los residentes del condado con SED, SMI

y/o SUD, es fundamental que la Agencia de Salud establezca una sólida red de proveedores contratados adecuada para satisfacer las necesidades de la población. En ausencia de acuerdos vinculantes con los proveedores, la Agencia de Salud está extremadamente limitada para influir en la capacidad, la programación y los resultados para la población cubierta.

- B. La Agencia de Salud debe considerar el desarrollo de una plantilla de acuerdo de proveedor integral que incorpore todos los requisitos relacionados con el programa, identifique la capacidad específica de camas que debe estar disponible exclusivamente para la Agencia de Salud, describa las políticas de admisión basadas en las pautas de la práctica nacional (incluido el lenguaje explícito que prohíbe las exclusiones basadas en la condición de salud del miembro), describa los protocolos de utilización (incluidas las expectativas de tratamiento activo) e incluya las expectativas de planificación del alta.
  - C. Según corresponda y esté permitido bajo el programa Medi-Cal, la Agencia de Salud debe explorar el uso de acuerdos de pago alternativos con los proveedores para reforzar el logro de las metas, objetivos y resultados clínicos de la Agencia de Salud.
- 3. Diseñar e implementar un enfoque estandarizado para la evaluación continua de la adecuación de la red**
- A. Como entidad responsable de administrar los beneficios de MH y SUD para una población definida, la Agencia de Salud debe establecer políticas y procesos de trabajo que apoyen una evaluación continua de la suficiencia de la red de proveedores. Las consideraciones incluyen el establecimiento de un comité de gestión de la red que se reúna periódicamente para examinar los datos pertinentes y las medidas de rendimiento, examine la idoneidad y la idoneidad de las tasas de reembolso y los arreglos de pago alternativos, y examine las decisiones con respecto a las terminaciones y la expansión de la red.
  - B. La Agencia de Salud debe recopilar, rastrear y analizar los elementos de datos clave que informan la suficiencia de la red de proveedores. Los indicadores clave a considerar incluyen, pero no se limitan a, datos de quejas, resultados de encuestas de satisfacción de los miembros, volumen y tipo de acuerdos de un solo caso, atención fuera del área, patrones de referencia, listas de espera, estándares de disponibilidad de citas, tendencias de utilización del servicio y preocupaciones sobre la calidad de la atención.
- 4. Recomendaciones específicas de la instalación**
- A. Categoría de entorno de atención: Resolución de crisis y triaje
    - i. Continuar los esfuerzos para ampliar los contratos con los centros de atención de urgencia (privados, proveedores independientes, así como DMH operados) y, enfatizar a través de los

términos del contrato, los resultados de resolución de crisis con conexiones a los apoyos de la comunidad que alivian la necesidad de que los miembros contratan a los servicios de emergencia psiquiátrica operados por el DHS. Al considerar

expansión, asegurar la distribución geográfica adecuada de los centros de atención de urgencias que puedan atender a niños, niñas y adolescentes.

- ii. Considere establecer protocolos de procesamiento distintos para las referencias entrantes de las cárceles y la aplicación de la ley. Esto podría incluir la designación de zonas receptoras separadas y/o unidades de observación/estabilización, así como recursos de personal dedicados a atender las necesidades singulares de esta población. Como alternativa, la Agencia de Salud podría iniciar contratos con centros de atención de urgencia independientes y/o desarrollar su propia capacidad para abordar las necesidades de las personas remitidas por la justicia forense y penal que requieren estabilización y evaluación bajo la tutela de LPS.
- iii. Ejecutar contratos con programas de tratamiento residencial de crisis y aprovechar las instalaciones para actuar como una desviación a la entrada a niveles más altos y más bajos de atención. Asegúrese de que los términos del contrato especifiquen criterios de admisión razonables que se basen en las directrices nacionales y la práctica clínica aceptada. Considere acuerdos de pago alternativos que premienten las desviaciones exitosas y demuestren las conexiones establecidas con los apoyos y servicios de la comunidad.

B. Categoría del ajuste de la atención: Hospital psiquiátrico agudo del hospitalizado

- i. Ampliar los contratos con hospitales de pago por servicio, incluidas las unidades que pueden acomodar a niños menores de 13 años. La capacidad específica debe incluir camas para niños con discapacidades del desarrollo intelectual concomitantes y trastornos del espectro autista. Negocie términos contractuales más fuertes que enmienden las políticas de admisión actuales que tienden a permitir que los hospitales restrinjan las admisiones para los clientes que pueden ser percibidos como más desafiantes. Según sea necesario y permisible bajo las reglas actuales del programa, emplee flexibilidad con las tasas de reembolso para proporcionar incentivos para que los hospitales de pago por servicio ejecuten contratos y acepten miembros de la Agencia de Salud para la admisión. Siempre que sea posible, considere la posibilidad de reducir los requisitos administrativos y presentar como incentivos para los contratistas potenciales.
- ii. Considere la posibilidad de designar un barrio en Augustus Hawkins para las personas en estado de curatela que están esperando la admisión a una instalación subaguda cerrada. Esto permitiría una programación y un personal separados que se adapten a las necesidades clínicas de esta población menos aguda.
- iii. Ampliar las instalaciones y/o los contratos con las instalaciones de Short-Doyle y desarrollar términos contractuales que aborden las políticas de admisión actuales que se perciben como restrictivas e inconsistentes con las prácticas clínicas generales (por ejemplo, no aceptar a personas que tengan antecedentes de SUD).

- iv. Desarrollar contratos y ampliar la capacidad de camas para centros de salud psiquiátrica para adultos.

C. Categoría de establecimiento de atención: Subagudo

- i. Desarrollar y ampliar los contratos exclusivos con instalaciones subagudas especializadas, incluidas las instalaciones que pueden acomodar a poblaciones especiales, como individuos con condiciones médicas complejas. Evaluar la disponibilidad de proveedores dentro del condado para reducir el inventario actual de instalaciones fuera del condado (40% del total).
- ii. Evalúe la programación subaguda para asegurarse de que los miembros están comprometidos con frecuencia en el entorno terapéutico y están avanzando en la recuperación. Las condiciones de los contratos deberían estipular las expectativas de programación y deberían supervisarse periódicamente mediante actividades periódicas de examen de la utilización. La revisión de la utilización debe ocurrir con más frecuencia (es decir, cada 30 días) para garantizar un tratamiento activo y la necesidad continua de la intensidad del servicio.
- iii. Desarrolle y amplíe los contratos exclusivos con los recursos subagudos generales, incluyendo los recursos que acomodan los asimos temporales del conservatorship. Los términos del contrato deben aclarar las políticas de admisión y alinear los criterios con las guías clínicas establecidas.
- iv. Considere la posibilidad de designar instalaciones subagudas especializadas y/o generales para el acceso exclusivo de los hospitales del condado operados por el DHS. Los hospitales del condado están gestionando la mayoría de los miembros que necesitan instalaciones subagudas cerradas y deberían tener acceso preferente a las camas, lo que liberará capacidad hospitalaria adicional para pacientes hospitalizados agudos y reducirá el número de días de atención no compensados.
- v. Establecer protocolos que permitan consultas de médico a médico entre los hospitales del condado operados por el DHS y los equipos de tratamiento subagudo para apoyar la revisión clínica de la idoneidad para el ingreso.
- vi. A través de los términos del contrato, modifique las políticas de admisión actuales a entornos subagudos que sirvan para restringir el acceso a la atención. Los protocolos de admisión deben ser clínicamente apropiados y basarse en las guías clínicas establecidas. Codificar las expectativas como parte de los acuerdos del proveedor entre la Agencia de Salud y el proveedor.

D. Categoría de entorno de atención: Residencial comunitario

- i. Continuar los esfuerzos para ampliar los servicios residenciales enriquecidos, que proporcionan aspectos de un entorno supervisado con apoyos intensivos que promueven la

integración de la comunidad y fomentan la independencia y la recuperación. Asegúrese de que los socios de la comunidad entiendan los beneficios y la disponibilidad de estos entornos de atención y refuerce activamente la identificación de candidatos apropiados para las colocaciones de ERS.

E. Categoría del entorno de atención: Manejo agudo de la abstinencia (niveles 3.7 y 4.0 de ASAM)

- i. Considere ampliar la disponibilidad de camas para adultos y jóvenes bajo los acuerdos de proveedores existentes.

F. Categoría del entorno de atención: Tratamiento residencial y manejo de la abstinencia (niveles 3.1, 3.2, 3.3 y 3.5 de ASAM)

- i. Considere expandir o convertir los contratos existentes a la capacidad de camas ASAM 3.1 para hombres adultos.
- ii. Ampliar la capacidad de camas ASAM 3.2 para jóvenes (hombres y mujeres).
- iii. Considere ampliar la capacidad de camas ASAM 3.3 para adultos y jóvenes.
- iv. Examine la necesidad de ampliar la capacidad de camas ASAM 3.5 para los hombres adultos.

**5. Revise y revise el papel y el proceso actuales del portero DMH**

A. La práctica de una sola entidad que administra los recursos limitados de las instalaciones de tratamiento y sirve como guardián para acceder a las camas designadas de las instalaciones de atención es un enfoque razonable. Sin embargo, hay una serie de protocolos operativos existentes que la evaluación de las necesidades identificó que parecen estar dando lugar a ineficiencias y demoras en el acceso a la atención necesaria.

- i. Proceso de derivación de DMH : evalúe la necesidad de períodos arbitrarios y prolongados de documentación sin síntomas como criterio para aceptar una derivación. Si bien se observó que el miembro debe demostrar algún período de estabilidad antes de ser considerado para un entorno de cuidado alternativo, la manera en que se ha puesto en práctica esta expectativa parece onerosa y poco realista. El hecho de que muchas personas que son referidas ya no cumplan con los criterios de necesidad médica del hospital para pacientes hospitalizados agudos debería ser suficiente para iniciar el proceso de derivación.
- ii. Examine la necesidad de políticas de admisión restrictivas y excluyentes que no parezcan estar alineadas con las guías de práctica clínica y aclare si estas expectativas son estipuladas por los centros de atención de recepción o los criterios que han sido desarrollados y aplicados por DMH. Muchos de los criterios de exclusión parecen razonablemente limitantes dada la población bajo revisión (por ejemplo, antecedentes de consumo de sustancias, uso reciente de medicamentos PRN o medicamentos "según sea necesario").
- iii. DMH debe establecer un proceso formal para proporcionar retroalimentación a las entidades de referencia con respecto a la idoneidad de las referencias y las disposiciones de casos individuales. Esta retroalimentación puede dar forma al comportamiento futuro y podría conducir a referencias más apropiadas que coincidan con las necesidades de los

miembros con el tipo adecuado de centro de atención.

- iv. Permita que las entidades de referencia se interconecten con los centros de atención identificados para aclarar las presentaciones clínicas, la gravedad y los regímenes de tratamiento esperados. Las consultas de médico a médico reflejan una práctica estándar para coordinar las transiciones efectivas de la atención, especialmente las transiciones de atención que implican presentaciones clínicas complejas que requieren la colocación en entornos de atención supervisada.
- v. Considere elevar aún más la prioridad para las referencias de hospitales del condado operados por el DHS. Un examen de los tiempos de la lista de espera basado en la entidad de referencia no demostró una variación significativa en los tiempos de espera entre las fuentes de referencia, a pesar del reconocimiento de que existía un sistema de prioridad entre las fuentes de referencia.
- vi. Una vez que un miembro es colocado en un centro de atención administrada de DMH, se debe realizar una revisión más sólida y frecuente de la necesidad médica en curso (incluida la presencia de tratamiento activo). Permitir que los miembros ocupen un espacio de cama limitado durante largos períodos de tiempo, y que ya no requieran el nivel de atención, resulta en demoras adicionales para las personas que necesitan acceso al servicio.
- vii. DMH debe resolver los problemas de recopilación y seguimiento de datos con respecto al mantenimiento de listas de espera. Los datos de las listas de espera son un indicador crítico de la suficiencia de la red y se debe dar prioridad a garantizar que la información sea oportuna, precisa y esté disponible para su revisión continua por parte de la Agencia de Salud.

**6. Explore la viabilidad de implementar un programa de coordinación de atención organizada<sup>8</sup>**

- A. La coordinación de la atención abarca una variedad de actividades para coordinar servicios y proveedores para ayudar a un miembro a alcanzar sus metas de recuperación. Estas actividades, que pueden ocurrir a nivel clínico y del sistema, son realizadas por personal designado dependiendo de las necesidades, metas y estado funcional del miembro.
- B. Las personas con afecciones graves y crónicas de MOS y/o SUD pueden beneficiarse significativamente de un programa activo de coordinación de la atención para apoyar las transiciones eficientes de la atención, mejorar la participación de los miembros en los servicios e identificar y mitigar proactivamente los períodos emergentes en los que un individuo puede requerir más apoyos e intervenciones intensivas para mantener la estabilidad. La coordinación de la atención se identifica como una estrategia clave que tiene el potencial de mejorar la eficacia, la seguridad y la eficiencia del sistema de atención de la salud. Atención bien diseñada y específica

<sup>8</sup> Extractos de las expectativas del programa de coordinación de la atención se extrajeron del Alcance del Trabajo, Contrato/RFP NO de la Autoridad Regional de Salud Conductual de Arizona. YH17-0001  
[https://www.azahcccs.gov/Resources/Downloads/ContractAmendments/RBHAs/MMIC\\_Amd-9\\_10-1-18\\_Final.pdf](https://www.azahcccs.gov/Resources/Downloads/ContractAmendments/RBHAs/MMIC_Amd-9_10-1-18_Final.pdf)

la coordinación que se entrega a las personas adecuadas puede mejorar los resultados para los miembros, proveedores y pagadores. Un coordinador de atención debe tener experiencia en los enfoques de autogestión de los miembros, la defensa de los miembros y ser capaz de navegar por sistemas complejos y comunicarse con un amplio espectro de personas profesionales y laicos, incluidos los miembros de la familia, médicos, especialistas y otros profesionales de la salud.

- C. Las intervenciones de coordinación de la atención necesarias para esta población vulnerable parecen insuficientes en todo el continuo actual de atención. La Agencia de Salud debe participar en una evaluación estratégica con respecto al costo y los beneficios de establecer un programa de coordinación de la atención para las personas que se determina que son de alto riesgo, y / o los consumidores de alto uso / alto costo de los servicios de la Agencia de Salud, en particular los que ocupan entornos de atención hospitalaria y residencial.
- D. Algunos ejemplos de actividades beneficiosas de coordinación de la atención incluyen:
  - i. Establecer un proceso para asegurar la coordinación de la atención de las necesidades de los miembros a través del continuo de la atención basada en la identificación temprana de los factores de riesgo de salud o las necesidades especiales de atención médica;
  - ii. Monitorear el estado de salud individual y la utilización del servicio para determinar el uso de la atención basada en la evidencia;
  - iii. Monitorear los servicios y colocaciones de los miembros para evaluar la idoneidad continua, la necesidad médica y la rentabilidad de los servicios;
  - iv. Comunicarse entre los proveedores de servicios de salud física y conductual con respecto al progreso y el estado de salud de los miembros, los resultados de las pruebas, los informes de laboratorio, los medicamentos y otra información de atención médica cuando sea necesario para promover resultados óptimos y reducir los riesgos, la duplicación de servicios o los errores médicos;
  - v. Participar en la planificación del alta de hospitales, cárceles u otras instituciones y hacer un seguimiento con los miembros después del alta; y
  - vi. Asegúrese de que los servicios aplicables continúen después del alta.

## 7. Mejorar las actividades de revisión de la utilización

- A. Los entornos de atención restrictivos y costosos requieren un programa de revisión de utilización establecido que ayude a garantizar el uso adecuado de los recursos y promueva intervenciones de tratamiento efectivas. Como parte de un esfuerzo por ampliar las relaciones contractuales

con los proveedores, la Agencia de Salud debe revisar regularmente la idoneidad de la atención en todos los entornos de atención designados.

- B. Por ejemplo, los miembros colocados en lugares subagudos deben ser revisados para la necesidad médica continua al menos cada 30 días. Las actividades de revisión de la utilización efectiva incorporan una evaluación del tratamiento activo y promueven el uso de intervenciones basadas en la evidencia para garantizar que los miembros avancen en la recuperación y alcancen el más alto nivel de funcionamiento.
- C. DMH debe implementar un proceso de revisión de utilización concurrente para la red de hospitales de pago por servicio y desarrollar estrategias de gestión de la atención que refuercen el cumplimiento de los estándares contractuales, promuevan el tratamiento activo y utilicen prácticas basadas en la evidencia cuando estén disponibles y sea apropiado.

#### **8. Implementar un equipo de supervisión del sistema de atención de la agencia de salud**

- A. Todos los departamentos participantes de la Agencia de Salud (DMH, DHS y DPH) son responsables de un sistema de atención de MH y SUD eficiente, rentable y eficaz. La Agencia de Salud debe establecer un sistema de datos informados de la función de supervisión de la atención con la participación activa de todos los departamentos de la Agencia de Salud y las partes interesadas de la comunidad.
- B. El comité de supervisión ejecutiva del sistema de atención de la Agencia de Salud revisaría rutinariamente los indicadores clave del desempeño del sistema, incluidos, entre otros, datos financieros y de costos del programa, tendencias agregadas de utilización de servicios, propuestas para ampliar o desarrollar nuevos programas (por ejemplo, diseño e implementación de modelos integrados de prestación de atención), revisión y aprobación de iniciativas de compra basadas en el valor con los proveedores, diseño e implementación de iniciativas estratégicas para guiar el crecimiento futuro del programa y supervisar evaluaciones periódicas de la efectividad, sostenibilidad y resultados del programa general de atención médica.
- C. La función de supervisión del sistema de atención podría incluir la propuesta de enfoques estratégicos para lograr que los asociados del sistema ayuden a lograr un conjunto más amplio de objetivos comunes y prioridades del sistema. Por ejemplo, el comité podría tratar de establecer acuerdos de atención colaborativa con otros socios del sistema que interactúan con la misma población objetivo (Centros Regionales, correcciones, salud pública).
- D. El comité de supervisión ejecutiva del sistema de atención debe revisar las discrepancias identificadas en la compensación y los beneficios para los profesionales de la salud que trabajan en todos los departamentos de la agencia de salud.

# 2

## INTRODUCTION

### ABOUT THE SYSTEM OF CARE

El Condado de Los Ángeles (Condado) abarca más de 4,000 millas cuadradas y es el hogar de casi 10,5 millones de habitantes, el condado más poblado de los Estados Unidos.

#### Demografía en todo el condado

Los residentes del condado son ricos en diversidad e incluyen individuos que hablan una variedad de idiomas y dialectos. Los idiomas principales incluyen árabe, armenio, camboyano, cantonés, inglés, farsi, coreano, mandarín, ruso, español, tagalo y vietnamita. Los residentes del condado comprenden una población diversa y multiétnica, que representa al menos 140 países y habla más de 200 idiomas. Más de 1.3 millones de residentes del Condado elegibles para servicios de salud mental (MH) y trastorno por uso de sustancias (SUD) a través del Condado identifican el español como su idioma principal.

El Condado también ofrece servicios en todos los grupos de edad. Tabla 1. Ilustra, por grupo de edad, la distribución racial y étnica dentro de la población del Condado de individuos en o por debajo del 138% del Límite Federal de Pobreza (FPL) – 2017.<sup>9</sup>

**Tabla 1 Demografía en todo el condado – Población en o por debajo del 138% de FPL**

región	edad	Población total	Afroamericano	Indio Americano	Asiático/Isleño del Pacífico	Latino	Múltiples razas	Blanco	Otro
Condado de Los Ángeles	1 a 12	647,876	52,376	421	30,464	513,633	10,564	38,272	2,146
	13 a 17	222,842	18,229	154	14,270	171,021	3,408	15,286	474
	18 a 64	1,410,914	139,151	2,418	137,221	879,218	19,715	229,541	3,651
	65+	258,967	24,696	473	54,884	91,505	3,325	83,723	359
	<b>Todas las edades</b>	<b>2,540,599</b>	<b>234,452</b>	<b>3,465</b>	<b>236,838</b>	<b>1,655,378</b>	<b>37,013</b>	<b>366,822</b>	<b>6,631</b>

#### Papel de la Agencia de Salud y del Condado en la Administración de Servicios de Salud Mental y SUD

Medi-Cal, el programa Medicaid de California, es el programa estatal de Medicaid más grande de la nación.

<sup>10</sup> Históricamente, Medi-Cal ha utilizado un modelo de pago de pago por servicio, pero desde entonces ha hecho la transición

<sup>9</sup> El perfil demográfico está limitado a los residentes del Condado en o por debajo del 138% de FPL, pero puede no ser inclusivo para todos los residentes que acceden a los servicios de MH y SUD administrados por el Condado (por

ejemplo, personas indocumentadas).

<sup>10</sup> Sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, *Medi-Cal Managed Care*, 2019. Acceso en <https://www.dhcs.ca.gov/services/pages/medi-calmanagedcare.aspx>

a favor de un sistema de prestación de atención administrada. En esta estructura del sistema, MH y SUD se establecen como salidas de tallado de MCO. Una característica única del programa actual de Medi-Cal es la opción de que los condados operen bajo diferentes enfoques de contratación de atención administrada.<sup>11</sup>

El DMH es el Plan de Salud Mental Local del Estado de California para el Condado, y la División de Prevención y Control del Abuso de Sustancias del DPH supervisa el Sistema de Administración Organizadamedi-cal de drogas del Condado.

### Departamento de Servicios de Salud<sup>12</sup>

El DHS opera directamente cuatro hospitales de cuidados agudos generales, uno de los cuales también tiene camas de rehabilitación aguda con licencia, una red de 25 centros de salud independientes, la Agencia de Servicios Médicos de Emergencia, Vivienda para la Salud, Servicios de Salud Correccional y la Oficina de Desvío y Reingreso. Tres de los cuatro hospitales del DHS proporcionan servicios de emergencia psiquiátrica y servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados agudos a los residentes del Condado:

**Harbor-UCLA Medical Center** sirve a los residentes en el área de captación de South Bay. Entre otros servicios, cuenta con servicios de emergencia psiquiátrica (PSA) en el lugar y opera 38 camas de hospitalización psiquiátrica para adultos, así como un programa ambulatorio integral operado por DMH.

**LAC + USC Medical Center** es uno de los hospitales públicos más grandes del país. Ubicado justo al este del centro de Los Ángeles, LAC +USC Medical Center ofrece un continuo completo de servicios de emergencia, hospitalización y ambulatorios que incluye servicios psiquiátricos para adultos, adolescentes y niños. LAC +USC opera un PSA en su campus principal y tiene una sala psiquiátrica para pacientes hospitalizados de 60 camas ubicada en Augustus Hawkins tiene capacidad para 60 camas de hospitalización psiquiátrica en el campus de Martin Luther King Jr. en el sur de Los Ángeles.

**Olive View-UCLA Medical Center** sirve a gran parte del Valle de San Fernando y el Valle del Antílope. Olive View-UCLA Medical Center opera un PSA y una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados de 32 camas. Además, la Oficina de Desvío y Reingreso del DHS administra una unidad de hospitalización separada en el sitio de 18 camas en la ubicación de Olive View.

### Departamento de Servicios de Salud Mental<sup>13</sup>

El DMH, con un presupuesto de aproximadamente \$ 2.4 mil millones, es el departamento de MH operado por el condado más grande de los Estados Unidos, operando directamente programas en más de 85 sitios, y proporcionando

---

<sup>11</sup> Tater, M., Paradise, J., & Garfield, R. (2016). *Atención administrada de Medi-Cal: Una visión general y cuestiones clave* (Resumen del número). Henry J. Kaiser Family Foundation. Consultado en <https://www.kff.org/report-section/medi-cal-managed-care-an-overview-and-key-issues-issue-brief/>

<sup>12</sup> Descripción resumida de <http://dhs.lacounty.gov/wps/portal/dhs>

<sup>13</sup> Descripción resumida de <https://dmh.lacounty.gov/>

servicios a través de programas contratados y personal de DMH en aproximadamente 300 sitios ubicados junto con otros departamentos del Condado, escuelas, tribunales y varias organizaciones. Cada año, el Condado contrata a cerca de 1,000 organizaciones y profesionales individuales para proporcionar una variedad de servicios relacionados con MH. En promedio, más de 250,000 residentes del Condado de todas las edades son atendidos cada año.

### Departamento de Salud Pública<sup>14</sup>

La División de Prevención y Control del Abuso de Sustancias (SAPC, por sus, por sus) lidera y facilita la prestación de un espectro completo de servicios de apoyo a la prevención, el tratamiento y la recuperación para reducir el impacto del uso de sustancias, el abuso y la adicción en el Condado. Los servicios se proporcionan a través de los Centros de Rehabilitación de Antelope Valley, así como contratos con más de 150 organizaciones comunitarias a los residentes del Condado, particularmente a los que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente. El personal del SAPC actúa como expertos técnicos y consultores para satisfacer las necesidades del público y de las organizaciones contratadas en la esfera del consumo y el uso indebido de alcohol y otras drogas.

### ABOUT THE NEEDS ASSESSMENT

La Agencia de Salud del Condado contrató a Mercer para realizar una evaluación de las necesidades de tratamiento de MH y SUD existentes y proyectadas del Condado, la capacidad y las brechas anticipadas en los niveles específicos de atención (es decir, pacientes hospitalizados, subagudos y residenciales) para todos los grupos de edad, incluidos los jóvenes y adultos que son elegibles para los servicios de MH y SUD administrados por el Condado.

Este informe consiste en una evaluación fundacional dirigida a los niveles más intensos y restrictivos de los niveles de atención hospitalaria y residencial para tratar a las poblaciones más agudas del Condado, a saber, los niños que están gravemente perturbados emocionalmente (SED), adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y / o personas de 12 años o más con un SUD. La evaluación ayudará a informar la toma de decisiones clave con respecto a la asignación de recursos y el desarrollo del programa con el objetivo final de diseñar e implementar un sistema de atención integral y receptivo basado en la recuperación disponible para los residentes del Condado.

Al igual que muchos sistemas de prestación de atención médica para individuos y familias que viven al 138% de FPL o menos, la evidencia preliminar parece sugerir que el sistema de prestación actual carece de capacidad suficiente para abordar todas las necesidades de servicios de MH y SUD de la población elegible. Sobre la base de una revisión de la literatura, comunidades comparables han desarrollado sistemas de atención durante la escasez de fondos, el cambio de prioridades de atención de la salud y los esfuerzos de planificación descentralizados dirigidos por múltiples partes interesadas de la organización<sup>15</sup>. Como resultado, los sistemas de salud conductual de la comunidad pueden tener brechas en la integral

<sup>14</sup> Descripción resumida de <http://publichealth.lacounty.gov/>

<sup>15</sup> Leff, HS, Hughes DR, Chow CM, Noyes S, Ostrow L. A mental health allocation and **planning** simulation model: a mental health planner's perspective, 2009.

atención y redundancia de la asignación de recursos<sup>16</sup>. Estas ineficiencias se pueden abordar para mejorar la capacidad de respuesta general y la eficacia del sistema de atención de MH y SUD. La evaluación del sistema local requiere tanto un marco para definir un sistema de atención adecuado como un método para estimar la demanda de cada componente del sistema para abordar las necesidades de salud conductual (MH y SUD) de la población del Condado<sup>17</sup>.

La evaluación de las necesidades<sup>18</sup> tiene por objeto informar la asignación de recursos en todo el proceso continuo de atención para distribuir de manera más equitativa y eficiente las intervenciones y la atención. Los componentes clave de la evaluación incluyen:

- El desarrollo de una estimación de las necesidades actuales de tratamiento (prevalencia), utilización y capacidad de proveedores para los residentes del Condado con enfermedades mentales y / o SUD que utilizan los programas de salud del Condado<sup>19</sup>
- Un análisis de las tendencias de utilización por nivel de atención y población;
- La identificación de las deficiencias en los servicios sobre la base de la capacidad, la utilización y los tiempos de espera;
- Una colección de comentarios preliminares de las partes interesadas a través de foros, cuestionarios y entrevistas; y
- Recomendaciones para la expansión o reasignación de recursos de niveles intensivos de atención a través del continuo actual de servicios para continuar desarrollando un sistema de atención basado en fortalezas, orientado a la recuperación y centrado en la persona.

---

<sup>16</sup> Pfefferbaum R, Pfefferbaum B, Nitiema P, Houston, JB, Van Horn RL. **Evaluación de la resiliencia de la comunidad: una aplicación del instrumento ampliado de la encuesta CART con los respondedores voluntarios afiliados.** Am Behav Sci 2015; 59(2):181-99.

<sup>17</sup> Piper D, Stein-Seroussi A, Flewelling R, Orwin RG, Buchanan R. **Evaluación de la infraestructura estatal de prevención del abuso de sustancias a través de la lente del Marco Estratégico de Prevención de CSAPs.** Programa Eval Plann 2012; 35(1):66-77.

<sup>18</sup> Mercer realizó un análisis de los patrones históricos de utilización de servicios para niños y adultos y estimó

las expansiones esperadas **de las personas que** probablemente accederán a los servicios de MH y SUD en los próximos años. Estas estimaciones se **generan principalmente a partir de datos de utilización anteriores y** se espera que **el crecimiento adicional del programa** ocurra como resultado **de las iniciativas de desvío de la cárcel, la proliferación continua de la población sin hogar y otros** factores que están llevando a una mayor demanda de **servicios** de MH y SUD en el Condado.

<sup>19</sup> Las poblaciones elegibles que se **incluyeron en la evaluación de necesidades** están alineadas con los **datos y la información que** el Condado proporcionó a Mercer (por **ejemplo**, datos demográficos, datos de prevalencia, datos de utilización).

# 3

## METHODOLOGY

Esta evaluación de las necesidades utilizó un enfoque de múltiples componentes para adquirir y analizar información de diversas fuentes. En esta sección se proporciona una descripción de alto nivel de las metodologías utilizadas para cada una de las fuentes de información.

### DATA AND MEASURES USED IN THIS ANALYSIS

Se utilizó una amplia gama de fuentes de datos para desarrollar medidas demográficas, prevalencia, utilización, capacidad del proveedor y medidas asociadas con el flujo de miembros a través del sistema de salud de los servicios de MH y SUD del Condado.

#### Datos demográficos

El análisis demográfico de las personas que viven en o por debajo del 138% FPL se llevó a cabo para el Condado. Las medidas se basan en datos de muestras de microdatos de uso público, organizados de acuerdo con las áreas de microdatos de uso público (PUMAs) y ajustados para los casos de desalineación entre las regiones de PUMA y las áreas de servicio.

#### Datos de prevalencia

Las estimaciones de prevalencia de individuos con SMI /SED que viven en o por debajo del 138% de FPL para el condado, así como cada área de servicio, se basaron en un Informe de mejora de la calidad de 2017 de DMH del condado y se correlacionaron con las estimaciones de población de los datos de PUMA. Las estimaciones de prevalencia de SUD se proyectaron a partir de la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y las tasas de respuesta de salud y se ajustaron para tener en cuenta a las poblaciones de pobreza.

#### Datos de utilización

Las medidas de utilización se derivaron de los datos administrativos proporcionados por el DMH y el DPH del Condado. Para determinar el nivel apropiado de atribuciones de atención, los episodios de atención se vincularon con las direcciones de las instalaciones y los tipos de servicios generales (según lo definido por el Condado), ya que los códigos nacionales de procedimientos de atención médica (es decir, CPT, HCPCS, códigos de ingresos) no estaban disponibles. Dado que las direcciones de destinatarios individuales no estaban disponibles, la utilización se calculó en función de la ubicación física de cada proveedor, que proporciona el número de usuarios únicos para cada proveedor. Otras medidas de utilización, como los días de cama, también se calcularon en todo el condado.

#### Capacidad del proveedor

La capacidad de cama del proveedor se derivó de los archivos del proveedor presentados por el DMH y el DPH del Condado, se le asignó un nivel de atención y se agregó por el nivel de atención y el tipo de

instalación para los proveedores de MH, y por los niveles de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) para los proveedores de SUD. Los datos del proveedor de SUD informaron camas con licencia y contratadas por el DPH del Condado, mientras que los datos del proveedor de MH incluyeron camas exclusivas / propiedad del Condado y la capacidad total de camas operativas. Los recuentos totales de camas se agregaron para proporcionar una instantánea de la capacidad de atención basada en el centro.

## Flujo de miembros

La información sobre el flujo de miembros se desarrolló a partir de un análisis de la duración promedio de la estadía, las tasas de readmisión, así como un registro de personas en lista de espera para servicios de hospitalización y residencia de MH y el servicio de DPH en línea y la herramienta de disponibilidad de camas.

## ORGANIZING QUESTIONS AND ANALYTIC APPROACH

El enfoque analítico fue utilizar "preguntas de organización" sobre el sistema de atención que son de interés para la Agencia de Salud del Condado. Posteriormente se identificaron múltiples medidas y fuentes de datos sobre la base de las respuestas apoyadas a cada una de las preguntas. La evaluación básica comparó las medidas de prevalencia con la utilización real; y medidas de utilización con capacidad de proveedores. También se llevó a cabo un análisis del flujo de miembros a través del sistema. A partir de estas comparaciones se generó un análisis descriptivo de las fortalezas de la red, las brechas y las experiencias de los miembros.

## SOLICITING SYSTEM STAKEHOLDER AND COMMUNITY INPUT

Mercer y su subcontratista, TriWest Group, LLC (TriWest) colaboraron con el DMH y el DPH para identificar las reuniones de partes interesadas existentes y otros foros existentes para recopilar comentarios preliminares de las partes interesadas. Se evaluó la información recibida de esas reuniones en relación con los temas y los resultados agregados y resumidos para fundamentar la evaluación general de las necesidades y el análisis de las deficiencias.

Las partes interesadas incluyeron a los beneficiarios del servicio y sus familias, defensores, proveedores y representantes del condado.

El propósito de las reuniones de las partes interesadas fue obtener una comprensión de la experiencia de los residentes del Condado con el acceso y el uso de los servicios de MH y SUD para sí mismos, su hijo u otro miembro de la familia o amigo, así como una comprensión de los proveedores sobre la gestión de la capacidad, el flujo de miembros y los programas disponibles para satisfacer las necesidades individuales. El objetivo es determinar qué funciona bien, identificar barreras, evaluar el acceso a los servicios y evaluar los recursos disponibles. La retroalimentación y los hallazgos del análisis se utilizaron para informar las recomendaciones para fortalecer el sistema actual de atención.

Además de las reuniones con las partes interesadas, Mercer facilitó múltiples reuniones con los departamentos de la Agencia de Salud (DMH, DPH, DHS), el personal de DMH que representa los programas de MH para niños y jóvenes en edad de transición, la Oficina del Guardián Público, el personal y los administradores del hospital del DHS, y representantes del equipo de la Cárcel de Salud Mental del DHS. La información reunida en esas reuniones sirvió para la evaluación general de las necesidades y ayudó a determinar las oportunidades del sistema y las recomendaciones finales.

# 4

## PREVALENCE AND UTILIZATION ANALYSIS

un componente de las necesidades de evaluación. Implica un análisis de prevalencia de tarifas para MH y SUD, condiciones como el uso de servicios de salud mental y SUD, una revisión en profundidad de las tendencias de uso de servicios de salud mental y SUD, y un análisis de las necesidades de soporte técnico de los servicios de salud mental y SUD. Para las estimaciones de soporte técnico de los servicios de salud mental y SUD, se necesitará una hospitalización y residencial.

En los últimos años, una serie de dinámicas dentro y fuera del Condado están contribuyendo a una mayor demanda de servicios intensivos de MH y SUD residencial.

Mercer identificó factores nacionales, estatales y locales, así como influenciadores específicos del sistema que están contribuyendo a la necesidad de considerar una expansión de los servicios para pacientes hospitalizados y residenciales de MH y SUD en el Condado.

*Establecer la demanda esperada de servicios de MH y SUD apoyará una evaluación de la suficiencia de la capacidad actual del sistema y ayudará al Condado a abordar cuidadosamente las brechas identificadas en la atención, incluido el tipo y la cantidad de servicios que se perciben como necesarios.*

### COUNTY POPULATION TRENDS

Si bien la tasa de crecimiento de la población en el Condado se ha estabilizado en los últimos años, (ver Tabla 2) se ha estimado que la población del condado se expandirá en aproximadamente un millón de personas más, una tasa de crecimiento de casi el 9%, durante los próximos 15 años<sup>20</sup>.

**Tabla 2 – Estimación de población del Condado de Los Ángeles, California<sup>21</sup>**

año	población	crecimiento	Tasa de crecimiento
2017	10,163,507	12,949	0,13%
2016	10,150,558	27,310	0,27%
2015	10,123,248	50,553	0,50%
2014	10,072,695	54,091	0,54%
2013	10,018,604	62,452	0,63%

<sup>20</sup> <https://www.dailynews.com/2017/11/03/an-%E2%80%8Bla-county-forecast-vees-1-million-more-people-but-is-there-enough->

[housing/](#)

<sup>21 22</sup> <https://www.kcet.org/shows/city-rising/a-2018-snapshot-of-homelessness-in-los-angeles-county>

Junto con el crecimiento general del Condado, se espera que la población de aquellos con SMI y SUD aumente.

### Personas sin hogar

El Condado ha estado experimentando un aumento en las personas sin hogar durante la mayor parte de la última década. De acuerdo con los conteos de personas sin hogar entre 2010 y 2017, el número de personas sin hogar en todo el Condado aumentó de 38,700 a más de 55,000, un aumento del 42% y la mayor expansión de la población sin hogar en la nación<sup>22</sup>. Otras fuentes identifican que la ciudad de Los Ángeles reportó uno de los mayores aumentos porcentuales en las personas que experimentan falta de vivienda crónica de más del 46% de 2009a2016<sup>23</sup> (Tabla 3).

Numerosos estudios han establecido la relación entre la falta de vivienda y la prevalencia del SMI — se estima que el 25% de la población sin hogar en los Estados Unidos tiene un SMI en comparación con sólo el 4%-6% de la población general<sup>24</sup>. También se han encontrado correlaciones que vinculan una disminución en la disponibilidad de camas de hospital psiquiátrico y aumentos en las tasas de personas sin hogar.

Específicamente para la falta de vivienda y sud, los usuarios frecuentes de EDs son más propensos a tener trastorno por uso de sustancias concomitantes y estar experimentando la falta de vivienda. Los pacientes sin hogar también tienen tasas más altas de visitas a la desocupada en comparación con los pacientes sin hogar.<sup>25</sup>

Las estimaciones de prevalencia de SUD entre las personas sin hogar varían entre los estudios; sin embargo, la investigación ha demostrado que hasta dos tercios de esta población pueden tener antecedentes de por vida de un trastorno de alcohol o drogas.<sup>26</sup>

Un informe de evaluación de personas sin hogar de 2013 de los EE. UU. El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano estima que aproximadamente 257.000 personas que actualmente se encuentran sin hogar han

---

<sup>22</sup> <https://www.kcet.org/shows/city-rising/a-2018-snapshot-of-homelessness-in-los-angeles-county>

<sup>23</sup> <https://endhomelessness.atavist.com/mayorsreport2016>

<sup>24</sup> [https://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental\\_Illness.pdf](https://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental_Illness.pdf)

<sup>25</sup> Moulin, A., Evans, E., Xing, G., & Melnikow, J. (2018). **Uso de sustancias, falta de vivienda, enfermedad mental y cobertura de Medicaid: Una configuración para la alta utilización del departamento de emergencias.** *Diario occidental de la medicina de la emergencia*, 19(6), 902-906. [doi:10.5811/westjem.2018.9.38954](https://doi.org/10.5811/westjem.2018.9.38954)

<sup>26</sup> [Polcin, D. L. \(2015\). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. Journal of Social Distress and the Homeless, 25\(1\), 1-10. doi:10.1179/1573658x15y.0000000004](#)

SMI o un problema crónico de abuso de sustancias.<sup>27</sup> Fortalecer y ampliar los servicios de MH y SUD en el Condado puede ayudar a aliviar algunas de las crecientes tasas de falta de vivienda<sup>28</sup>.

Según el último recuento puntual, el número de personas sin hogar en el condado ha aumentado en un 12% desde 2018: actualmente, hay un estimado de 59,000 personas sin hogar en todo el condado.<sup>29</sup> Con aproximadamente 59,000 personas sin hogar en el Condado y estima que el 25% de esta población es probable que cumpla con los criterios de diagnóstico y funcionales para un SMI, casi 15,000<sup>30</sup> de estas personas pueden necesitar servicios de MH y / o SUD, un número que los datos actuales de utilización del servicio probablemente subrepresentan debido a los desafíos inherentes con la participación de esta población en los servicios.

---

<sup>27</sup> Coalición Nacional para las Personas sin Hogar (2017). Abuso de sustancias y falta de vivienda.

Obtenido de: <https://nationalhomeless.org/wp-content/uploads/2017/06/Substance-Abuse-and-Homelessness.pdf>

<sup>28</sup> Markowitz, F. E. (2006). Psychiatric Hospital Capacity, Homelessness, And Crime and Arrest Rates\*. *Criminología*, 44(1), 45-72. doi:10.1111/j.1745-9125.2006.00042.x

<sup>29</sup> Oreskes, B., Pineda, D., Stiles, M., & Díaz, A. (2019, 05 de junio). El aumento en el número de personas sin hogar provoca indignación y alarma en todo Los Ángeles. Condado. Recuperado de <https://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-homeless-count-los-angeles-reacts-20190605-story.html>

<sup>30</sup> Mercer estima que se espera que casi el 13% de la población de SMI del Condado utilice servicios agudos o subagudos cada año. Como tal, esta estimación para la población sin hogar podría incluir hasta 2.000 miembros adicionales cada año (.13 x 15.000 = 1.950).

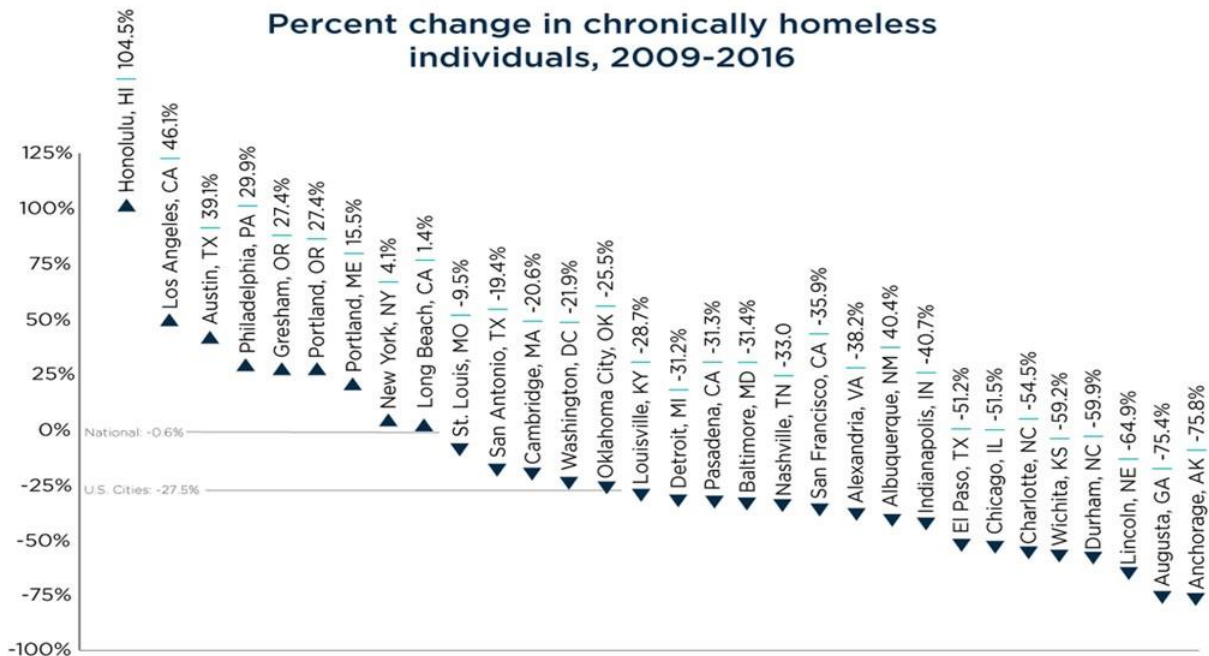


Tabla 3. – Cambio porcentual en personas crónicamente sin hogar por ciudad, 2009 a 2016. Obtenido de <https://endhomelessness.atavist.com/mayorsreport2016>.

### Inmigrantes indocumentados

Aunque la tasa de crecimiento de la población inmigrante en California se ha estado desacelerando desde la década de 2000, todavía hay un estimado de 814,000 inmigrantes indocumentados que residen en el Condado<sup>31</sup>. Esta población, en particular, puede experimentar dificultades para acceder a los servicios de MH y SUD necesarios debido a su estatus migratorio o los recursos disponibles para apoyar sus necesidades lingüísticas y culturales dentro de la atención; estudios han demostrado un aumento en el aislamiento, el miedo y el trauma entre los migrantes en relación con la reciente atención pública sobre las políticas federales de inmigración<sup>32</sup>.

Las personas indocumentadas no son elegibles para recibir cobertura de atención médica bajo Medi-Cal; más bien deben depender de los programas y servicios de financiamiento basados en el condado de instalaciones que han sido designadas para servir a aquellos que no son elegibles bajo Medi-Cal (es decir, Short-Doyle). Esta población puede afectar los recursos limitados del Condado en esta área y puede reforzar la necesidad de expansión de este tipo de instalaciones.

<sup>31</sup> Estimaciones más recientes del PPIC–2013, <https://www.ppic.org/publication/undocumented-immigrants-in-california/>

<sup>32</sup> <https://childrenspartnership.org/wp-content/uploads/2018/09/Healthy-Mind-Healthy-Future-Report-Promoting-the-Salud-mental-y-bienestar-de-los-niños-en-familias-inmigrantes.pdf.pdf>

## **Adultos Mayores**

Se proyecta que la población del Condado de **adultos mayores** (de 60 años o más) aumente en más del 170% para 2060<sup>33</sup>. Los adultos mayores a menudo presentan condiciones médicas crónicas que pueden ser exacerbadas por la **3 OS** y / o trastornos **sud** concomitantes o viceversa. Por ejemplo, estimaciones recientes de la prevalencia de esta población en el Condado exceden los 1.6 millones de adultos mayores y que hasta el 1.5% de la población (mayores de 65 años) puede tener un SMI que requiera acceso a los servicios de MH <sup>34</sup>.

Los adultos mayores a menudo requieren entornos de atención especializada para abordar adecuadamente los síntomas de sus enfermedades de MICA y /o SUD y para monitorear de manera efectiva las condiciones médicas y las posibles complicaciones. El crecimiento acelerado de la población de adultos mayores en el condado presenta desafíos para la Agencia de Salud para garantizar que existan opciones suficientes y apropiadas en todo el continuo de atención para satisfacer las necesidades únicas de esta población.

## **Factores específicos de la Agencia de Salud**

Los cambios legislativos y de políticas dentro del estado y el condado se han implementado con el tiempo y han llevado a un aumento inesperado en la demanda de servicios intensivos de MH y SUD. Para responder a estas necesidades cambiantes, la Agencia de Salud se ha visto obligada a implementar rápidamente cambios en los programas y agregar capacidad adicional para satisfacer las necesidades de una población cada vez más compleja y desafiante.

Los eventos en los últimos 5 años que han tenido un impacto particularmente significativo en los departamentos participantes de la Agencia de Salud y la demanda de servicios de MH y SUD incluyen:

- Expansión de Medicaid;
- Iniciativas de desvío de cárceles;
- Curatela LPS;
- Aumento de la prevalencia de enfermedades mentales en la población infantil y adolescente; y
- Implementación del Programa Piloto del Sistema de Administración Organizada de Medi-Cal de Medicamentos.

## **Expansión del Programa Medicaid**

California fue uno de los varios estados que ampliaron la elegibilidad de Medicaid bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Como resultado, la expansión de Medicaid impactó significativamente el número de personas elegibles para Medi-Cal en California y dentro del Condado.

<sup>33</sup> Departamento de Envejecimiento de California, [https://www.aging.ca.gov/data\\_and\\_statistics/facts\\_about\\_elderly/](https://www.aging.ca.gov/data_and_statistics/facts_about_elderly/)

<sup>34</sup> <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/03/MentalHealthCalifornia2018.pdf>

California implementó la expansión de Medicaid el 1 de enero de 2014. En todo el estado, 3.8 millones de personas más obtuvieron cobertura de Medi-Cal debido a la expansión de Medicaid (~ 1.2 millones de aumento en el Condado). A partir de 2016, 4.1 millones de residentes del Condado eran elegibles para Medi-Cal (40% de la población total).<sup>35</sup>

Los miembros elegibles de Medi-Cal con SED y SMI son asignados al Condado para la prestación de servicios cubiertos de MH y SUD. Los pacientes recién inscritos en Medicaid pueden experimentar desafíos para encontrar proveedores que acepten su cobertura porque, en general, Medicaid ofrece tasas de pago más bajas que Medicare o el seguro privado. Incluso antes de la implementación de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, una parte considerable de los proveedores no estaban dispuestos a aceptar las tasas de reembolso de Medicaid.<sup>36</sup>

Además de un aumento sustancial en los miembros de Medi-Cal, las entrevistas con los miembros del equipo de la Agencia de Salud reforzaron los desafíos con los centros de tratamiento que a veces no están dispuestos a aceptar pacientes elegibles para Medi-Cal u otros programas de salud de atención para indigentes con sede en el Condado, un escenario que, según se informa, es más común con los hospitales de pago por servicio.

### **Jail Mental Health Population and Diversion Initiatives**

Los cambios en la Política de la Junta del Condado de Los Ángeles han creado más oportunidades de desviación para las personas con trastornos mentales graves en el Sistema de Cárceles del Condado de Los Ángeles. La Junta creó la Oficina de Desvío y Reingreso (ODR) en 2015, con el 40% de su presupuesto reservado para vivienda. ODR desvía el 98% de sus miles de clientes a entornos residenciales, no a hospitales o salas de emergencia.

Además, la nueva legislación (por ejemplo, el Código Penal 1001.36) en California aumenta profundamente las oportunidades de desviación y, por lo tanto, se necesitará una mayor capacidad comunitaria para esta población.

Los equipos de MH ubicados en muchas de las cárceles del condado han reportado aumentos constantes en las personas que presentan trastornos significativos de MH. Los datos proporcionados por el equipo indican que ha habido un aumento del 50% en el número de reclusos mujeres y hombres que presentaron algún tipo de condición de MENTE entre 2013 y 2017.

Para las personas recientemente liberadas (no desviadas) que necesitan atención psiquiátrica aguda, los hospitales de condado operados por el DHS han asumido la responsabilidad del tratamiento de esta población, que a menudo se presenta en las salas de emergencia psiquiátrica y puede terminar ingresada en las unidades de hospitalización psiquiátrica del County.

---

<sup>35</sup> <https://calbudgetcenter.org/wp-content/uploads/Fact-Sheet-Medi-Cal-Millions-Across-California-Faces-Uncertain-Futuro-29.11.2016.pdf>

<sup>36</sup> [https://www.urban.org/sites/default/files/publication/94396/2001576-how-have-providers-responded-to-the-increased-demanda-para-atención-de-salud-bajo-el-affordble-cuidado-act\\_0.pdf](https://www.urban.org/sites/default/files/publication/94396/2001576-how-have-providers-responded-to-the-increased-demanda-para-atención-de-salud-bajo-el-affordble-cuidado-act_0.pdf)

### **Conservatorio Corto Lanterman-Petris**

Una curatela lanterman-petris corta (LPS) es el término legal utilizado en California que le da a un adulto (curador) la responsabilidad de supervisar el tratamiento médico integral para un adulto (conservante) que tiene un SMI.

Aproximadamente 4,600 residentes del condado pueden estar en estado de curatela activa en un momento dado. La mayoría de estas personas, cuya curatela lps puede ser iniciada durante los períodos de encarcelamiento, a menudo presente en las salas de emergencia psiquiátricas del DHS y / o ser admitidos en las unidades psiquiátricas de hospitalización del DHS para períodos de evaluación obligatorios como parte de la solicitud de curatela y procedimientos de evaluación (los hospitales privados de agudos también experimentan este problema). Debido a los cambios recientes con los solicitantes que impugnan las disposiciones legales de estos casos y el hecho de que cada vez más miembros están llevando a cabo juicios con jurado para decidir casos de curatela, la duración de la estancia en unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados se ha extendido mientras los casos serpentean a través de procedimientos legales. Una vez que una persona es designada como conservada, encontrar colocaciones apropiadas a largo plazo (a menudo en instalaciones cerradas) puede ser un desafío y puede extenderse durante meses.

### **Aumento de la prevalencia de suicidio infantil y adolescente en las salas de emergencia**

Sobre la base de entrevistas con médicos de la sala de emergencias psiquiátricas del DHS, trabajadores sociales y administradores, hay un aumento notable en el número de niños y adolescentes que se presentan en las salas de emergencia psiquiátrica del DHS. Coincidentemente, un artículo de buena circulación en el *Journal of the American Medical Association – Pediatrics*, destacó la evidencia reciente que demostró un marcado aumento en los intentos de suicidio y la ideación suicida entre los niños y adolescentes que se presentan a los departamentos de emergencia del hospital terciario de niños de United States (publicado en línea el 8 de abril de 2019).

El aumento de la prevalencia nacional y local de niños y adolescentes que pueden requerir una evaluación continua y supervisión psiquiátrica dentro de un entorno de tratamiento controlado basado en instalaciones requiere que el Organismo de Salud examine la suficiencia actual de recursos apropiados para la edad para satisfacer esta necesidad emergente.

### **Implementación del programa piloto del sistema de entrega organizada de Medi-Cal de drogas de**

California El 1 de julio de 2017, el condado implementó el programa piloto del sistema de entrega organizada de Medi-Cal de drogas. El programa piloto financiado por Medi-Cal establece un conjunto integral de servicios de SUD

(incluidos los servicios residenciales de SUD) a través de una estructura organizada y aprovecha un enfoque continuo de atención modelado según los criterios de ASAM.

Ha habido consenso entre la comunidad de tratamiento de SUD de que el programa ha mejorado el acceso al tratamiento y los servicios de SUD. Los datos de utilización de SUD de DPH revisados más adelante en este

informe confirman las observaciones de las partes interesadas de que el acceso a la atención de SUD se ha mejorado drásticamente, subyacente a una necesidad insatisfecha de personas que necesitan servicios de SUD. En la evaluación de las necesidades se destacarán las medidas necesarias para mantener y, posiblemente, ampliar aún más la capacidad del sistema para satisfacer la demanda de una serie continua completa de servicios y apoyos de desarrollo del estado de la información.

### **Aplicación de factores para informar la demanda de servicios de MH y SUD**

Mercer realizó un análisis de los patrones históricos de utilización de servicios para niños y adultos y estimó las expansiones esperadas de las personas que probablemente accederán a los servicios de MH y SUD para pacientes hospitalizados, subagudos y residenciales en los próximos años. Estas estimaciones se generan principalmente a partir de datos de utilización anteriores y se espera que el crecimiento adicional del programa ocurra como resultado de las iniciativas de desvío de la cárcel, la proliferación continua de la población sin hogar y otros factores identificados en este informe que están llevando a una mayor demanda de servicios de MH y SUD en el Condado. Los aumentos atribuidos a estos factores, incluidos los cambios en las políticas de justicia penal y falta de vivienda, continuarán influyendo en la demanda y la utilización de los servicios de MH y SUD del Condado. Como tal, estos eventos y circunstancias que afectan la demanda de servicios deben ser considerados por el Condado al evaluar la idoneidad del sistema actual de atención.

El alcance del análisis de Mercer no incluye la aplicación de un modelo predictivo formal para cuantificar el impacto de estos elementos contribuyentes debido a las lagunas de datos y los desafíos inherentes con la medición precisa de los efectos de cada cambio de política discreto o problema de política pública, y cómo otros factores extraños periféricos a la evaluación de necesidades pueden sesgar involuntariamente esas estimaciones. Sin embargo, las estimaciones del crecimiento del programa en los próximos 3 a 5 años y las recomendaciones para la expansión de camas derivadas de los análisis de los datos de utilización y la evaluación de la red actual de proveedores están intrínsecamente vinculadas a los recientes cambios de política y los problemas sociales que afectan al sistema actual de prestación de servicios de salud y, por lo tanto, se cree que son representativas de la demanda de servicios de MH y SUD.

### **SED AND SMI PREVALENCE ESTIMATES**

La prevalencia estimada de niños y adultos sed/SMI y SUD dentro del Condado se puede utilizar como punto de partida para formular la demanda potencial de servicios y se puede aprovechar para apoyar una evaluación de la capacidad de tratamiento del sistema.

El porcentaje de individuos que se estima que tienen SMI/SED en el Condado (Tabla 4) se identificó utilizando las tasas publicadas en el Informe de Evaluación del Plan de Trabajo de Mejora de la Calidad del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles para CY 2017. Las estimaciones de población a las que se hace referencia en este informe se limitan a aquellos individuos que se estima que viven en o por debajo del 138%<sup>37</sup> de la FPL.

---

<sup>37</sup> Si los ingresos de una persona son igual o inferiores al 138% de FPL y el estado del residente ha ampliado la cobertura de Medicaid (como lo ha hecho California), entonces esa persona calificará para Medicaid basándose solo en los ingresos.

**Tabla 4 – Tasas estimadas de prevalencia de individuos con SMI/SED en el condado de Los Ángeles**

Grupo de edad	Población total – en o por debajo del 138% FPL	Prevalencia de SMI/SED	Tasa de SMI/SED
De 0 a 17	870,718	151,506	17.4%
18+	1,669,881	196,034	11.7%
<b>total</b>	<b>2,540,599</b>	<b>347,540</b>	<b>13.7%</b>

Con aproximadamente 2.5 millones de individuos en o por debajo del 138% de la FPL en el Condado, se estima que más de 150,000 niños y adolescentes tendrían una condición de SED y que casi 200,000 adultos se determinarían tener un SMI.

Si bien es útil para obtener una comprensión de la magnitud de estas condiciones entre la población, las estimaciones de la prevalencia de SED / SMI pueden no ser confiables para predecir la medida en que estos individuos realmente accederán y utilizarán los servicios de MH. Además, la totalidad de las personas que presentan condiciones de SED/SMI no necesariamente requieren los servicios intensivos basados en instalaciones de MH que son el foco de esta evaluación de necesidades.

Mercer estima que aproximadamente del 10% al 15% de las personas con SMI pueden requerir y acceder a una cama aguda o subaguda en un año dado<sup>38</sup>. Para el Condado, esto resulta en una estimación de 19,600 (10%) a 29,400 (15%) individuos con un SMI que utilizan estos ajustes de la atención cada año.

Durante el año fiscal 2017, 19,997 (10.2%) observaron a los usuarios adultos únicos del MH para utilizar servicios agudos o subagudos. La orientación del Condado al extremo inferior del continuo estimado puede sugerir desafíos con el acceso a la atención y / o la disponibilidad y suficiencia de servicios para pacientes hospitalizados y subagudos para las personas necesitadas.

#### SUD PREVALENCE ESTIMATES

La Tabla 5 presenta estimaciones de las condiciones de SUD para los residentes del Condado en o por debajo del 138% de la FPL.

---

<sup>38</sup> Mercer generó esta estimación basada en una revisión de los patrones históricos de utilización de los servicios de MH proporcionados por DMH y llevó a cabo una revisión independiente de los datos de utilización de un sistema comparable de

atención que atiende a las personas con SMI. Este último análisis reveló que casi el 13% de los miembros del SMI utilizaron un hospital psiquiátrico o un centro subagudo durante el período de revisión (año calendario 2018).

**Tabla 5 – Tasas estimadas de prevalencia de individuos con SUD en el Condado de Los Ángeles<sup>39</sup>**

Grupo de edad	Población total – en o por debajo del 138% FPL	Prevalencia de SUD	Tasa de SUD
13 a 17	222,842	30,340	13.6%
18+	1,669,881	242,997	14.6%
<b>total</b>	<b>1,892,723</b>	<b>273,337</b>	<b>14.4%</b>

Para las condiciones de SUD, la tasa de prevalencia estimada para los residentes del Condado en o por debajo del 138% FPL y mayores de 12 años es de 14.4%, o 273,337 individuos. Durante el año fiscal 2017-2018, 11,873 usuarios, o el 4.3% del número estimado de personas con un SUD accedieron a uno o más niveles de atención de manejo de retiro y/o tratamiento residencial (niveles de atención asam 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7 y 4.0). Es importante tener en cuenta que la totalidad de las personas que presentan condiciones de SUD no necesariamente requieren la gestión intensiva de retiro de SUD basada en instalaciones y los servicios residenciales que son un enfoque de esta evaluación de necesidades. El año fiscal 2017-2018 coincide con la implementación por parte del County del programa piloto del Sistema de Entrega Organizada de Medi-Cal de Medicamentos, que parece haber contribuido a un aumento significativo en el número de personas que accedieron a los servicios de SUD en comparación con las tendencias de utilización de servicios de SUD durante los cinco años anteriores.

En comparación, la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus contra todas las personas) estima que el 8,4% de la población general de los Estados Unidos puede estar luchando con un SUD en un momento dado.<sup>40</sup> SAMHSA patrocinó otro estudio que encontró que el 7.5% de los adultos identificados con una condición de SUD en el año anterior realmente recibieron servicios de tratamiento de SUD.<sup>41</sup> En California, la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud encontró que el 8.5% de los residentes de 12 años o más cumplieron con los criterios para haber tenido un SUD en el último año. Solo uno de cada diez (10%) tratamiento recibido para la condición.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> El programa DPH SUD también atiende a mujeres perinatales (hasta 213% FPL) y adolescentes (hasta 266% FPL). Estos participantes adicionales del programa **no fueron** tenidos en cuenta en las estimaciones de prevalencia.

<sup>40</sup> *Tendencias de salud conductual en los Estados Unidos: Resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud de 2014.* <https://www.samhsa.gov/disorders>

<sup>41</sup> [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report\\_2790/ShortReport-2790.html](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2790/ShortReport-2790.html)

<sup>42</sup> California Health Care Foundation. Medi-Cal mueve el tratamiento de la adicción a la corriente principal: Lecciones tempranas de

los pilotos del sistema de entrega organizado de Medi-Cal de drogas. Agosto de 2018.

## Tasas de prevalencia de SMI/SUD concomitantes

### mesa 6 – estimativo prevalencia Tarifas de individuos con Co-Ocurrencia trastornos (MH/SUD) en Los Ángeles condado

Grupo de edad	Población total – en o por debajo del 138% FPL	Prevalencia de MH/SUD	Tasa de MH/SUD
13 un 17	222,842	4,470	2.0%
18+	1,669,881	43,373	2.6%
<b>total</b>	<b>1,892,723</b>	<b>53,044</b>	<b>2.8%</b>

El número de individuos que viven en o por debajo del 138% de FPL con una condición concomitante se estima en 53,044 individuos en el Condado, o una tasa de prevalencia de 2.8% (ver Tabla 6). Al examinar a las personas que recibieron un servicio de MH y un servicio de SUD durante el mismo período de tiempo, Mercer identificó un total de 4,560 usuarios únicos o el 8.6% del número total de personas que se estima que tienen un trastorno concomitante.

Se identificaron condiciones concomitantes si una persona recibió un servicio de estabilización de pacientes hospitalizados, residenciales o de crisis de DMH y un servicio residencial de SUD durante el año fiscal 2017. Este enfoque se utilizó como un indicador para identificar posibles condiciones concomitantes en la población, pero debe interpretarse con precaución, ya que los servicios revisados están restringidos a proveedores de mosquis y muchos individuos adicionales que ocurren simultáneamente pueden no haber accedido a un servicio de MENTE y SUD durante el período bajo revisión.

## Tendencias en la utilización de los servicios de salud mental

Al examinar los patrones de utilización recientes e históricos en una amplia variedad de entornos de atención y grupos de edad, se puede cuantificar la necesidad de servicios y se pueden hacer determinaciones con respecto a la suficiencia y adecuación de la red actual de servicios residenciales para pacientes hospitalizados, subagudos y MH.

Las tablas a continuación ilustran las tendencias de utilización de servicios de MH de cinco años para los tipos de instalaciones designadas en niños (Tabla 7.), adultos (Tabla 8) y todas las edades (Tabla 9).

### mesa 7. mental Salud utilización tendencias por fiscal Año\* y facilidad tipo Niños en edad 17 y más joven

Categoría de configuración	Sub-Unidades	Año fiscal	Año fiscal	Año fiscal	Año fiscal	Año fiscal
		Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos
Resolución de crisis v. triaie	Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización de crisis Residencial Programas de tratamiento	1,982	2,070	2,448	2,209	1,808
	<b>total</b>	<b>1,982</b>	<b>2,070</b>	<b>2,448</b>	<b>2,209</b>	<b>1,808</b>

		Año fiscal 2017	Año fiscal 2013	Año fiscal 2014	Año fiscal 2015	Año fiscal 2016
Entorno de atención	Sub Unidades	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluidos los independientes)	3,108	2,810	3,159	3,456	2,961
	Hospitales operados por el Condado/DHS	182	156	193	162	175
	Instalaciones de Short-Doyle	761	767	747	719	686
	Establecimientos de salud psiquiátrica	27	27	33	44	39
<b>total</b>		<b>3,783</b>	<b>3,470</b>	<b>3,813</b>	<b>4,070</b>	<b>3,577</b>
Nivel 2 – Subagudo	Hospitales estatales especializado					
	General					
	Instalaciones de tratamiento comunitario (TCC)	58	55	71	61	24
<b>total</b>		<b>58</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>61</b>	<b>24</b>
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos					
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)	55	10	2	2	1
<b>total</b>		<b>55</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>5,880</b>	<b>5,605</b>	<b>6,337</b>	<b>6,354</b>	<b>5,430</b>

\*Año fiscal (FY) se refiere al período que comienza del 1 de julio al 30 de junio de cada año identificado.

Las conclusiones pertinentes para la utilización de niños con tendencia de cinco años incluyen:

- Ha habido un aumento del 10% en la utilización en las salas de emergencia psiquiátrica y centros de atención de urgencias entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017;
- Más de 200 niños más están accediendo a entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos durante el año fiscal 2017 en comparación con el año fiscal 2013;
- Los niños usuarios únicos en los centros de tratamiento comunitarios han aumentado más del 140% en los últimos cinco años fiscales; y

- La utilización en programas residenciales a corto plazo ha aumentado notablemente entre el año fiscal 2016 y el año fiscal 2017 (aumento del 450%).

**mesa 8. – mental Salud utilización tendencias por fiscal año y facilidad tipo Adultos en edad 18 y mayor**

		Año fiscal 2017	Año fiscal 2016	Año fiscal 2015	Año fiscal 2014	Año fiscal 2013
Categoría	de sub configuración de	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos
Resolución de crisis y triaje	Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización de	24,921	25,117	24,064	23,864	23,040
	Programas de tratamiento residencial de crisis	530	506	540	499	386
<b>total</b>		<b>25,451</b>	<b>25,623</b>	<b>24,604</b>	<b>24,363</b>	<b>23,426</b>
Nivel 1 – hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluidos los	15,241	13,966	13,222	11,708	11,278
	Hospitales operados por el Condado/DHS	1,802	1,631	1,862	2,443	2,527
	Instalaciones de Short-Doyle	1,301	1,075	1,090	1,214	1,177
	Establecimientos de salud psiquiátrica	1,142	542	505	325	126
<b>total</b>		<b>18,450</b>	<b>16,478</b>	<b>15,977</b>	<b>14,953</b>	<b>14,588</b>
Nivel 2 – Subagudo	Hospitales estatales	232	241	202	140	74
	especializado	892	843	862	795	452
	General	700	779	1,237	1,360	1,221
	Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)	35	42	42	33	11
<b>total</b>		<b>1,617</b>	<b>1,729</b>	<b>2,214</b>	<b>2,193</b>	<b>1,721</b>
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos	996	1,009	551	253	147
	Residencial un corto plazo Programa Terapéutico (STRTP)	2				

Categoría de configuración	Sub-Unidades	Año fiscal 2017	Año fiscal 2016	Año fiscal 2015	Año fiscal 2014	Año fiscal 2013
		Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos	Usuarios únicos
total		998	1,009	551	253	147
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>45,070</b>	<b>43,390</b>	<b>41,955</b>	<b>40,466</b>	<b>38,909</b>

Los hallazgos relevantes para la utilización de adultos con tendencia de cinco años incluyen:

- Los usuarios únicos que ocupan tipos de instalaciones dentro de la categoría de resolución de crisis y atención de triaje han aumentado más del 8% entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017;
- Ha habido un aumento de más del 25% entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017 en los usuarios únicos de hospitales hospitalizados agudos adultos, impulsados por usuarios más únicos que se presentan a hospitales de pago por servicio, instalaciones de Short-Doyle y centros de salud psiquiátrica. Para los hospitales operados por el Condado, hubo un aumento del 10.5% en los usuarios únicos entre 2016 y 2017, revirtiendo una tendencia de disminución de usuarios únicos entre 2013 y 2016;
- Se observó un aumento del 97% en usuarios únicos para instalaciones subagudas especializadas entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017. Sin embargo, las instalaciones subagudas generales experimentaron una disminución de casi el 75% en usuarios únicos durante el mismo período de tiempo; y
- A medida que la capacidad adicional ha estado disponible, los usuarios únicos que utilizan servicios residenciales enriquecidos aumentaron en un 578% entre el año fiscal 2013 y 2017.

**Tabla 9. – Usuarios únicos de salud mental, año fiscal 2017 – Todas las edades**

Grupos de edad						
Entorno de atención		1 a 12	13 a 17	18 a 64	65+	Todas las edades
Category	Sub Unidades					
Resolución de crisis y Triaje	Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización	341	1,641	24,305	616	26,903
	Tratamiento residencial de crisis Programas			530		530
<b>total</b>		<b>341</b>	<b>1,641</b>	<b>24,835</b>	<b>616</b>	<b>27,433</b>
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluidos los independientes)	519	2,589	14,784	457	18,349
	Hospitales operados por el Condado/DHS	33	149	1,699	103	1,984
	Instalaciones de Short-Doyle	339	422	1,292	9	2,062
	Establecimientos de salud psiquiátrica		26	1,131	11	1,168
<b>total</b>		<b>817</b>	<b>2,966</b>	<b>17,888</b>	<b>562</b>	<b>22,233</b>
	Hospitales estatales		202		30	232

Nivel 2 –	especializado	804	88	892
-----------	---------------	-----	----	-----

Categoría de configuración	Sub-Unidades	edad grupos				Todas las edades
		1 a 12	13 a 17	18 a 64	65+	
General			688		12	700
	Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)		57	35		92
<b>total</b>			<b>57</b>	<b>1,463</b>	<b>119</b>	<b>1,639</b>
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos		979		17	996
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)	7	48	2	57	
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>48</b>	<b>981</b>	<b>17</b>	<b>1,053</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1,168</b>	<b>4,712</b>	<b>43,797</b>	<b>1,273</b>	<b>50,950</b>

Los hallazgos relevantes para los usuarios únicos del año fiscal 2017 (todas las edades) por entorno de atención incluyen:

- Los niños de 12 años o menos fueron tratados con mayor frecuencia en un entorno de atención hospitalaria aguda y, con mayor frecuencia, dentro de un hospital de pago por servicio o un centro de Short-Doyle;
- Más de 25,000 usuarios únicos presentados a una sala psiquiátrica de emergencia o centro de atención de urgencia durante el período de 12 meses;
- Los recuentos de usuarios únicos que se presentan a hospitales de pago por servicio representan el 83% de todos los usuarios únicos dentro de la categoría de entorno de atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados; y
- Más de 50,000 usuarios únicos de todos los grupos de edad accedieron a uno de los ajustes de atención de MH durante el año fiscal 2017.

En el cuadro 10 que figura a continuación se presenta el censo diario medio de los entornos de atención de la salud de la salud en todos los grupos de edad.

**Tabla 10. – Censo diario promedio, seleccione los ajustes de atención de salud mental, año fiscal 2017, todas las edades**

Entorno de atención CategorySub Unidades	Grupos de edad					
	1 a 12	13 a 17	Todos los niños	18 a 64	65+	Todas las
Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización						

		edad grupos					
Resolución de crisis y triaje	Programas de tratamiento residencial de crisis			31.9		31.9	
<b>total</b>		<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>31.9</b>		<b>0.0</b>	<b>31.9</b>
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluidos los	12.9	73.4	86.2	635.3	27.7	749.2
	Hospitales operados por el	0.7	6.1	6.8	114.1	9.7	130.6

Categoría de configuración	Sub-Unidades	edad grupos					
		1 a 12	13 a 17	Todos los niños	18 a 64	65+	Todas las edades
Instalaciones de Short-Doyle		12.1	10.6	22.6	79.5	1.1	103.2
	Establecimientos de salud psiquiátrica	0.6	3.4	3.9	32.1	2.7	38.8
<b>total</b>		<b>26.2</b>	<b>93.4</b>	<b>119.6</b>	<b>861.0</b>	<b>41.2</b>	<b>1,021.8</b>
Nivel 2 – Subagudo	Hospitales estatales			92.6		15.8	108.3
	especializado			394.8		45.0	439.7
	General			274.5		6.3	280.8
	Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)						
<b>total</b>		<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>761.8</b>	<b>67.0</b>	<b>828.8</b>
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos			330.9		5.8	336.8
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)						
<b>total</b>		<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>330.9</b>	<b>5.8</b>	<b>336.8</b>

Los hallazgos relevantes para el censo diario promedio para los entornos de atención de salud móvil seleccionados en todos los grupos de edad incluyen:

- Las instalaciones subagudas especializadas registran un censo diario promedio de casi 440 personas y representan más de la mitad de las camas diarias promedio ocupadas dentro de la categoría de entorno de atención subaguda;
- Los hospitales operados por el condado están cumpliendo y excediendo ligeramente la capacidad (130 camas) según lo medido por el censo diario promedio;
- El censo medio diario de servicios residenciales enriquecidos supera el censo medio diario de las instalaciones subagudas generalizadas; y
- Con más de 2,000 camas operativas, los hospitales de pago por servicio registran el censo diario promedio más alto (750 personas) que cualquier otro entorno de atención de MH.

#### Utilización futura proyectada – Servicios de salud mental

Entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017, los usuarios únicos adultos de los servicios de tratamiento hospitalario y residencial de MH aumentaron aproximadamente un 4% año tras año. La comparación de años más reciente (del año fiscal 2016 al año fiscal 2017) demostró un crecimiento único de los usuarios del 3,87%. Los niños usuarios únicos de los servicios de tratamiento hospitalario y residencial de MH experimentaron un crecimiento menos sólido, aproximadamente un 2% año a año (FY 2013 – FY 2017).

Las estimaciones conservadoras del crecimiento año a año para los usuarios únicos de niños y adolescentes de los servicios de salud materno-infantil y residencial es del 2%; con objetivos más agresivos que proyectan un crecimiento del 6% anual. Esto equivale a 120 a 350 usuarios únicos adicionales de niños por año. Para fines comparativos, el aumento de usuarios de niños y adolescentes entre el año fiscal 2016 y el año fiscal 2017 fue de 275 usuarios únicos.

Para los adultos con SMI, las estimaciones de la utilización proyectada de los servicios para pacientes hospitalizados y residenciales de MH oscilan entre el 4% y el 8% anual. Estas estimaciones se traducirían en 1,800 a 3,600 usuarios adultos adicionales de servicios hospitalarios y residenciales de MH por año (ligeramente más altos que los aumentos observados de usuarios únicos adultos entre el año fiscal 2016 y el año fiscal 2017, que se determinó que fue de 1,680 o un crecimiento del 3.87%).

**Tendencias en la utilización de servicios sud – FY 2013 - 2017<sup>43</sup>**

El Condado es uno de varios en California que está participando en el programa piloto del Sistema de Entrega Organizada de Medi-Cal de Drogas. El programa piloto es parte del esfuerzo de California para expandir y reorganizar el tratamiento sud en Medi-Cal bajo la exención de la Sección 1115 de Medicaid de California. La implementación del programa piloto ha tenido un profundo efecto en el volumen de personas que acceden a los servicios de SUD, particularmente en los niveles residenciales de atención de ASAM.

El número de usuarios únicos de los niveles de atención designados de ASAM antes de la implementación del programa piloto se puede observar en la Tabla 11, que demuestra usuarios únicos por los niveles de ASAM 3.1, 3.2, 3.3 y 3.5 entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017.

**Tabla 11 – Sud utilización tendencia – único Usuarios todo Edades – ASAM Niveles 3.1, 3.2, 3.3 y 3.5 (Año fiscal 2013 – 2017)**

Año fiscal 2013	Año fiscal 2014	Año fiscal 2015	Año fiscal 2016	Año fiscal 2017
2,636	5,287	5,617	5,896	6,111

**Tendencias de utilización de servicios SUD – Año fiscal 2017-2018**

El Condado implementó el programa piloto el 1 de julio de 2017. El programa piloto establece que los condados deben utilizar un diseño de beneficios modelado según los Criterios asam, que cubre una amplia serie continua de servicios de tratamiento y apoyo sud, incluyendo sud servicios residenciales<sup>44</sup>. Como tal, a partir del año fiscal 2018 (1 de julio de 2017 - 30 de junio de 2018), DPH está recopilando datos de utilización que delinean los episodios de tratamiento por niveles de ASAM.

<sup>43</sup> El período de tiempo refleja del 1 de julio de 2012 al 30 de junio de 2017.

<sup>44</sup> California Health Care Foundation. Medi-Cal mueve el tratamiento de la adicción a la corriente principal: Lecciones tempranas de los pilotos del sistema de entrega organizado de Medi-Cal de drogas. Agosto de 2018.

La Tabla 12, presenta los datos de utilización de SUD del año fiscal 2017-2018 y demuestra el aumento general de usuarios como resultado de la implementación del programa piloto del Sistema de Entrega Organizada de Medi-Cal de Drogas en el Condado.

**Tabla 12. – número de Usuarios<sup>45</sup>, Fy 2018, por ASAM nivel por juventud (Edad 12-17), adulto y todas las Edades**

Categoría de configuración de	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		juventud	adultos	Todas las
Nivel 1 – Manejo de la abstinencia aguda	ASAM 4.0 Gestión de retiros de pacientes hospitalizados,	0	2	6
	ASAM 3.7 Gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados.	3	730	746
	ASAM 3.2 Gestión de retiros residenciales	17	2,527	2,699
<b>total</b>		<b>20</b>	<b>3,259</b>	<b>3,451</b>
Nivel 2 – Tratamiento Residencial	ASAM 3.5 Residencial de alta intensidad, no específico de la	123	2,106	2,248
	ASAM 3.3 Residencial de alta intensidad, específico de la	8	397	409
	ASAM 3.1 Residencial de Baja Intensidad (+ perinatal)	137	7,919	8,178
<b>total</b>		<b>268</b>	<b>10,422</b>	<b>10,835</b>
Nivel 4 – Vivienda sobria	Vivienda puente de recuperación		1,334	1,334
<b>total</b>			<b>1,334</b>	<b>1,334</b>
<b>TOTAL GENERALIDADES</b>		<b>269</b>	<b>11,490</b>	<b>11,873</b>

Los totales de "Todas las edades" representan a todas las personas identificadas en el archivo de datos de utilización de SUD, incluidas las personas que no estaban afiliadas a una estadía de una noche.

Los hallazgos relevantes para los usuarios del año fiscal 2017-2018 por nivel de atención de SUD incluyen:

- Los usuarios jóvenes representan el 2,5% del total de usuarios dentro de la categoría de nivel de atención de tratamiento residencial;
- El nivel 3.1 de ASAM representó el 75% de todos los usuarios dentro de la categoría de nivel de atención de tratamiento residencial; y

<sup>45</sup> Un solo usuario puede haber accedido a uno o más niveles de atención durante el período objeto de examen y los

totales se suman en función del número de usuarios por nivel de atención.

- Hubo un aumento del 150% en el volumen de personas que acceden a la gestión de retiros de SUD y servicios de tratamiento residencial entre el año fiscal 2016-2017 y el año fiscal 2017-2018. Este aumento dramático se atribuye al sistema reorganizado de entrega de SUD bajo el programa piloto recientemente implementado.

### Utilización futura proyectada – Servicios SUD

Mercer ha señalado que entre el año fiscal 2013-2014 y el año fiscal 2016-2017, los usuarios únicos de tratamiento residencial SUD y los niveles de atención de gestión de retiro aumentaron aproximadamente un 5% año tras año. Un aumento significativo en el número de usuarios únicos se produjo cuando el sistema de prestación de servicios SUD se reformó a partir del 1 de julio de 2017.

Aproximadamente el 6% de la población estimada con una condición de SUD en el Condado accedió a una administración de retiro de SUD y / o nivel residencial de atención durante el año fiscal 2017-2018. Mercer proyecta que la expansión de los usuarios únicos de SUD de servicios de SUD más intensivos (es decir, la gestión de retiros y el tratamiento residencial) volverá a los patrones de crecimiento esperados año a año o mantendrá aumentos modestos debido al programa piloto (que puede o no extenderse a años futuros).

Por lo tanto, las estimaciones conservadoras de la utilización proyectada de SUD es de 5% a 10% de crecimiento anual (en términos de aumentos de usuarios únicos). Si estas estimaciones llegan a buen término, se traduciría en 600 a 1,200 usuarios adicionales de servicios residenciales sud por año.

### Resumen – Demanda futura de servicios intensivos de MH y SUD

Mercer estima que aproximadamente del 10% al 15% de las personas con SMI elegibles para servicios bajo el sistema de automóviles MH del Condado pueden requerir y acceder a una cama aguda o subaguda en un año determinado. Para el Condado, esto resulta en una estimación de 19,600 (10%) a 29,400 (15%) individuos con un SMI que utilizan estos ajustes de la atención cada año. Para el año fiscal 2017 (los datos más recientes disponibles), casi 20,000 usuarios únicos adultos utilizaron un entorno de atención aguda o subaguda, pero se espera que este número aumente gradualmente cada año debido a los factores citados en este informe, incluidos, entre otros, los aumentos en las tasas de personas sin hogar y las iniciativas de desviación de la cárcel para personas con enfermedades mentales.

Mercer proyecta que el Condado probablemente experimentará un crecimiento de utilización de estos centros de atención igual al rango del 15% dentro de los próximos 3 a 5 años o un aumento de aproximadamente 10,000 usuarios únicos adultos para 2022.

Las estimaciones conservadoras del crecimiento año a año para los usuarios únicos de niños y adolescentes sed de servicios de hospitalización y MH residencial es del 2%; con objetivos más agresivos que proyectan un crecimiento del 6% anual. Esto equivale a 120 a 350 usuarios únicos adicionales de niños por año. Para fines comparativos, el aumento de usuarios de niños y adolescentes entre el año fiscal 2016 y el año fiscal 2017 fue de 275 usuarios únicos.

Para las condiciones de SUD, la tasa de prevalencia estimada para los residentes del Condado que son

elegibles para los servicios a través del programa DPH-SAPC mayores de 12 años es del 14.4%, o 273,337 individuos. Durante el año fiscal

2017-2018, 11,873 usuarios, o el 4.3% del número estimado de personas con un SUD y cubiertas a través de DPH-SAPC accedieron a un nivel de atención de gestión de retiros y/o tratamiento residencial.

A continuación se presenta un resumen agregado del crecimiento estimado para cada año en todos los niveles priorizados de atención analizados en esta evaluación de necesidades.

POPULATION	ESTIMATED GROWTH (PERCENT)	ESTIMATED GROWTH (UNIQUE USERS)
Niño – MH	2% – 6%	120 – 350
Adulto – MH	4% – 8%	1.800 – 3.600
SUD (edad +12)	5% – 10%	600 – 1.200

A continuación se presenta un crecimiento estimado durante tres y cinco años en todos los niveles de atención priorizado analizados en esta evaluación de necesidades.

POPULATION	ESTIMATED GROWTH (percent) YEAR OVER YEAR	ESTIMATED GROWTH (UNIQUE USERS) OVER NEXT 3 YEARS	ESTIMATED GROWTH (UNIQUE USERS) OVER NEXT 5 YEARS
Niño – MH	2% – 6%	360 – 1.050	600 – 1.750
Adulto – MH	4% – 8%	5.400 – 10.800	9.000 – 18.000
SUD (edad +12)	5% – 10%	1.800 – 3.600	3.000 – 6.000

# 5

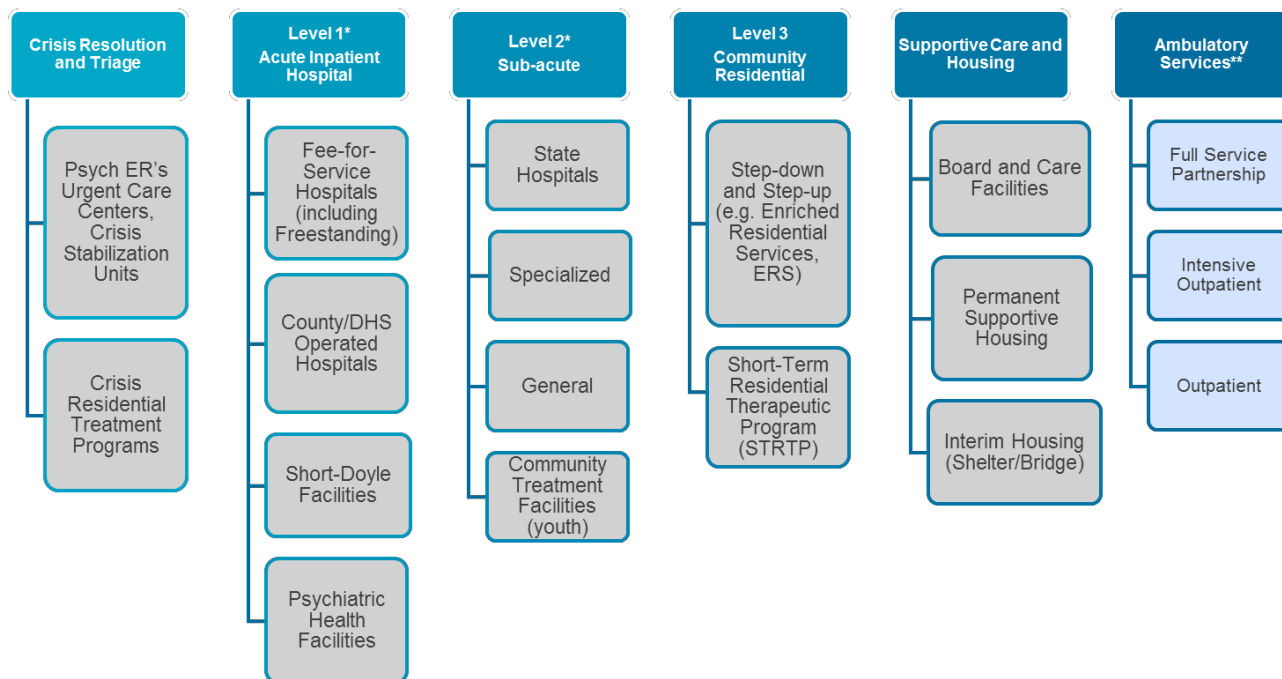
## PROVIDER INVENTORY AND CAPACITY ASSESSMENT

Mercer revisó un inventario de la capacidad en entornos de atención hospitalaria y residencial, pública y privada, para el tratamiento de clientes de MH y SUD de la Agencia de Salud, y realizó un análisis de la capacidad utilizada versus la capacidad no utilizada y la disponibilidad general de camas. Para obtener una lista completa de los proveedores de MH y SUD, consulte el Apéndice A y el Apéndice B, *Tablas de inventario de proveedores*.

### MENTAL HEALTH CONTINUUM OF CARE

El DMH del Condado opera como un plan de atención administrada de Medi-Cal y proporciona supervisión de un continuo completo de atención para adultos con un SMI y niños y jóvenes decididos a tener un SED. Los participantes del programa reciben servicios financiados a través de Medi-Cal, el programa estatal de Medicaid, así como programas de MH apropiados por el estado para residentes del Condado que requieren servicios de MH, pero no califican para Medi-Cal.

#### Niveles de atención de DMH del condado



\*Instalaciones cerradas

\*\*Servicios ambulatorios en **caja** de colores a analizar en una **fase** futura

### **Programas y servicios de salud mental**

El continuo de los establecimientos de atención está organizado por la agudeza clínica de los miembros, así como por las características específicas de los establecimientos (por ejemplo, la duración de la estancia, bloqueada o desbloqueada). Un individuo puede acceder a los servicios de MH en cualquier lugar a lo largo del continuo de atención, y puede moverse a través de los niveles de atención para satisfacer las necesidades del individuo. Cada uno de los centros de atención que se enumeran a continuación se definen y describen más adelante en esta sección del informe.

#### **Resolución de crisis y triaje (instalaciones desbloqueadas)**

- Salas de emergencia psiquiátrica y clínicas de atención de urgencias (estabilización de crisis)
- Programas de tratamiento residencial de crisis

#### **Nivel 1 – Hospitales para pacientes hospitalizados agudos (instalaciones cerradas)**

- Hospitales psiquiátricos agudos de Medi-Cal de pago por servicio
- Hospitales operados por el condado
- Instalaciones psiquiátricas agudas de Short-Doyle
- Establecimientos de salud psiquiátrica

#### **Nivel 2 – Subagudo (Instalaciones cerradas)**

- Hospitales estatales
- Instalaciones subagudas especializadas
- Instalaciones subagudas generales
- Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)

#### **Nivel 3 – Residencial comunitario (instalaciones desbloqueadas)**

- Servicios residenciales enriquecidos
- Programas terapéuticos residenciales a corto plazo (jóvenes)

#### **Cuidados de apoyo y vivienda (configuración desbloqueada)**

- Junta Directiva e instalaciones de atención
- Vivienda de apoyo permanente
- Vivienda de apoyo permanente en el desarrollo

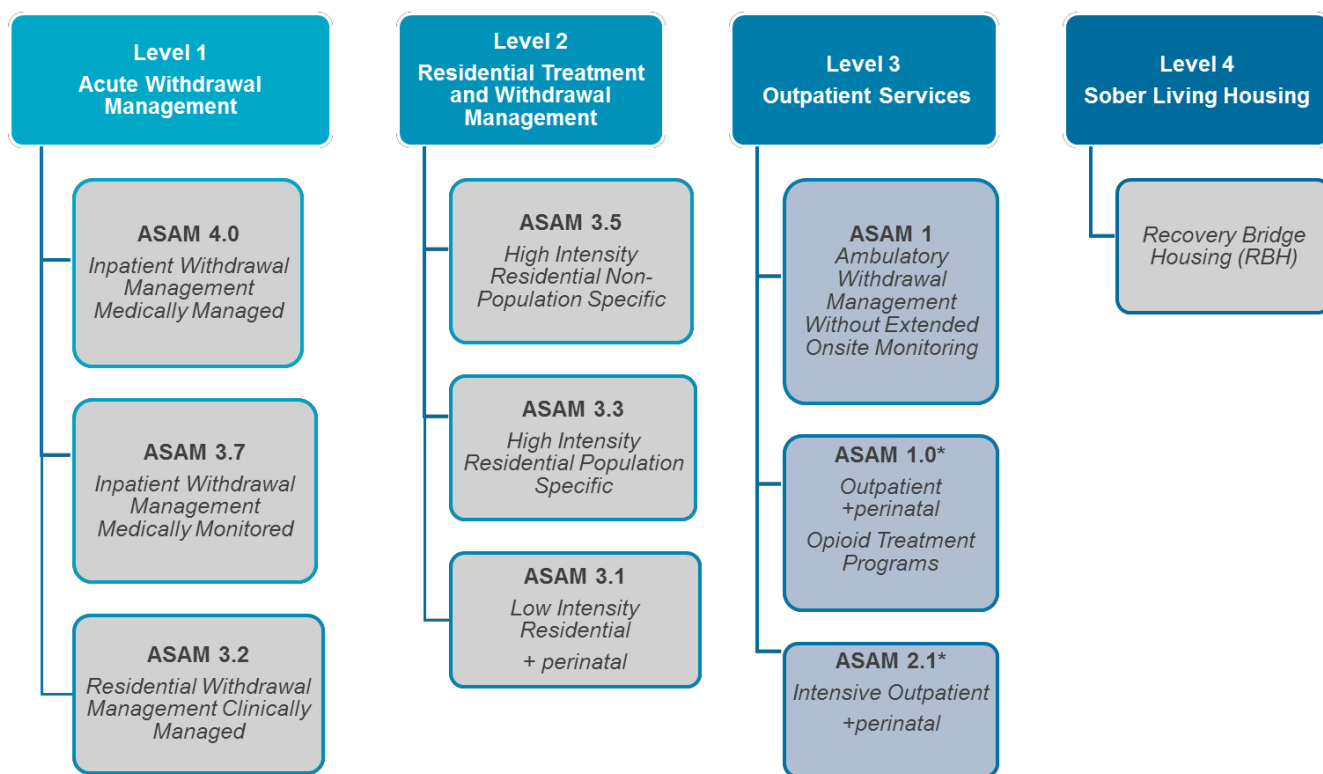
- Vivienda provisional

### SUBSTANCE USE DISORDER CONTINUUM OF CARE

El DPH del Condado opera y proporciona supervisión de un continuo completo de atención para jóvenes (de 12 años en adelante) y adultos para los residentes del Condado que reciben servicios de SUD a través de Medi-Cal, o que tienen un ingreso de hasta el 138% de la FPL, pero no califican para Medi-Cal. De acuerdo con dms, la División DPH SAPC también incluye grupos con elegibilidad de Medi-Cal por encima de 138% FPL, específicamente las mujeres perinatales y adolescentes son elegibles hasta 213% y 266% FPL, respectivamente.

El nivel de SUD del continuo de atención se basa en los niveles de atención de ASAM. Para la evaluación final e integral de la red (etapas futuras de esta evaluación), se evaluará todo el continuo de atención de SUD. La etapa fundamental de la evaluación de la red y el análisis de brechas se centra en las LOCs 1, 2 y 4, como se muestra en el gráfico siguiente.

#### County DPH SUD Niveles de atención



\*Niveles de ASAM identificados en la caja de colores para ser analizados en una fase futura

#### Programas y servicios de SUD

ASAM especifica varios servicios que ofrecen gestión de retiros. El manejo de la abstinencia incluye apoyo médico, supervisión y medicamentos para la abstinencia de alcohol y otras drogas.

Los servicios de gestión de retiros de ASAM se proporcionan en todos los niveles de intensidad. Cada uno de los niveles de atención de ASAM que se enumeran a continuación se definen y describen más adelante en esta sección del informe.

**Configuración de atención 1 – Gestión de retiros**

- ASAM 4.0 – Gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados administrada médicamente
- ASAM 3.7 – Manejo de la abstinencia de pacientes hospitalizados monitoreado médicamente
- ASAM 3.2 – Gestión de retiros residenciales clínicamente administrados

**Entorno de atención 2 – Tratamiento residencial**

- ASAM 3.5 – Residencial de alta intensidad no específica de la población
- ASAM 3.3 – Población Residencial de Alta Intensidad Específica
- ASAM 3.1 – Residencial de Baja Intensidad (+ perinatal)

**Care Setting 4 – Vivienda sobria**

- Vivienda puente de recuperación

**Capacidad del proveedor – Salud mental y continuidad de la atención de SUD (entornos de atención hospitalaria y residencial)**

Mercer generó un inventario de las instalaciones de tratamiento de MH y SUD existentes con un enfoque en el número de camas de hospitalización y residenciales. Se compiló la capacidad de camas, incluyendo el volumen de camas disponibles y la proporción de camas en los continuos de atención de MH y SUD. En el cuadro 13 y en el cuadro 14 infra se resumen los centros existentes y su asignación/capacidad de camas para el continuo de atención de la salud y el sud, tanto para los centros de atención hospitalaria como para los residenciales.

**mesa 13. – actual cama Asignación/Capacidad (Condado exclusivo/propiedad Camas y operativo camas) – Atención de salud mental Configuración**

Categoría de configuración de atención	Tipo de instalación	Capacidad de cama exclusiva / propiedad del condado	Capacidad de cama de funcionamiento <sup>46</sup>
Resolución de crisis y triaje	Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización	77	201
	Programas de tratamiento residencial de crisis	0	81

<sup>46</sup> La capacidad operativa de camas se refiere al número total de camas disponibles para cualquier fuente pagadora y está incluida cualquier capacidad exclusiva / propiedad del Condado.

Categoría de configuración de atención	Tipo de instalación	Capacidad de cama exclusiva / propiedad del condado	Capacidad de cama de funcionamiento <sup>46</sup>
<b>Entorno de atención total</b>		<b>77</b>	<b>282</b>
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales de pago por servicio (incluidos los independientes)	15	2,045
	Hospitales operados por el Condado/DHS	130	130
	Instalaciones de Short-Doyle	82	127
	Establecimientos de salud psiquiátrica	0	48
<b>Entorno de atención</b>		<b>97</b>	<b>2,220</b>
Nivel 2 – Subagudo	Hospitales estatales	0	490*
	especializado	0	1,058
	General	0	590
	Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)	0	68
<b>Entorno de atención total</b>		<b>0</b>	<b>6,614</b>
Nivel 3 – Residencial comunitario	Servicios residenciales enriquecidos	602	5459**
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)	0	1,206
<b>total Entorno de atención</b>		<b>602</b>	<b>6,665</b>

\* Incluye Camas en todo disponible estado Hospitales (grande volumen de forense pacientes). solamente 10% del total volumen de estado hospital Camas son realmente disponible Para Salud agencia Miembros y Otro basado en el condado Mh Programas.

\*\* La capacidad operativa de camas para servicios residenciales enriquecidos se basa en la red disponible de juntas y hogares de atención (instalaciones residenciales para adultos).

**mesa 14. – actual cama Asignación/Capacidad (contratado, Propiedad y funcionamiento) – Sud cuidado**

**Configuración**

Categoría de configuración de atención	Nivel ASAM	Capacidad contratada*	Capacidad licenciada/n o contratada *
Nivel 1 – Gestión de retiros	ASAM 4.0 – Gestión de la abstinencia de pacientes	10	Nr
	ASAM 3.7 – Manejo de retiro de pacientes hospitalizados,	10	Nr
	ASAM 3.2 – Gestión de retiros residenciales, administrado	1,229	1,827
Nivel 2 – Tratamiento Residencial	ASAM 3.5 – Residencial de alta intensidad. no específico de la	1,596	2,399
	ASAM 3.3 – Residencial de Alta Intensidad. Específico de la Población	490	718
	ASAM 3.1 – Residencial de Baja California Intensidad (+ perinatal)	2,083	3,061
Nivel 4 – Vivienda sobria	Vivienda puente de recuperación	~1.000	N/D

\*Dado que los contratos de proveedores de DPH existentes y las licencias de instalaciones pueden incluir múltiples niveles de ASAM, los recuentos de camas son específicos para cada nivel de ASAM en función de la capacidad potencial total si todas las camas se designaron a ese solo nivel de ASAM. Como tal, los recuentos de camas no son acumulativos en todos los niveles de ASAM.

## FACILITY-SPECIFIC ANALYSES

En la sección de análisis específico de la instalación que sigue, cada categoría de atención hospitalaria y residencial y el tipo de instalación asignado se destacan a través de la presentación de características y elementos de datos seleccionados de la instalación (por ejemplo, el número de camas operativas disponibles, la duración promedio de la estadía, etc.).

La intención de los resúmenes es proporcionar una instantánea de las estadísticas clave asociadas con cada tipo de instalación y promover una comprensión más profunda de la capacidad disponible del proveedor y los patrones de utilización (año fiscal 2017). A menos que se especifique lo contrario, los datos resumidos se aplican a todas las poblaciones atendidas por el programa, incluidos niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Mercer seleccionó los siguientes elementos de datos para apoyar los resúmenes específicos de las instalaciones de MH y SUD:

**Número de instalaciones distintas** : para cada tipo de instalación presentada, el número total de instalaciones disponibles para los miembros que reciben servicios de MH y SUD a través de la Agencia de Salud.

**Número de camas operativas** : el número total de camas operativas disponibles asociadas con el tipo de instalación especificado.

**Número de camas exclusivas /propias del condado** : el número total de camas exclusivas de DMH y / o de propiedad de DMH y DHS para el tipo de instalación identificado.

**Tasa de utilización de la capacidad operativa de camas (todas las camas disponibles):** un cálculo que tiene en cuenta el número de días de cama utilizados durante el período de revisión como porcentaje de la capacidad total de camas operativas. Considere que una instalación operativa de 25 camas tiene la capacidad de generar 9.125 camas días por año (25 camas X 365 días = 9.125). La salida métrica se calcula dividiendo el número total de días de cama utilizados (2) por la capacidad total de día de cama operativa. Por ejemplo, se utilizan 8.213 días de cama durante un período de revisión de un año (es decir, el año fiscal 2017)<sup>47</sup> dentro de una instalación de 25 camas.  $8.213/9.125 =$  tasa de utilización del 90% a la capacidad operativa de camas. (Métrica calculada solo para centros de atención de MH)

**Tasa de utilización de la capacidad operativa de la cama (camas propias / contratadas)** - Mismo cálculo

que se describió anteriormente, pero la capacidad de la instalación de la cama está restringida a las camas que son exclusivas de DMH

---

<sup>47</sup> Año fiscal 2017, o año fiscal 2017, se refiere al **período de tiempo** que comienza del 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2017.

y/o camas propiedad de DMH y DHS, según corresponda al tipo de instalación. (Métrica calculada solo para centros de atención de MH)

**Usuarios únicos no duplicados** : el número de personas no duplicadas que utilizaron el centro de atención durante el período de revisión (MH – FY 2017; SUD – FY 2017-2018).

**Total de días de cama** – El número total de días de cama utilizados dentro del tipo de instalación durante el período de revisión (MH – FY 2017; SUD – FY 2018).

**Duración promedio de la estadía** : la duración promedio de la estadía basada en todas las descargas en el tipo de instalación durante el período de revisión (MH – FY 2017; SUD – FY 2018).

Además de presentar las características de las instalaciones y seleccionar métricas de datos, Mercer obtuvo información adicional sobre cada centro de atención a través de entrevistas cara a cara y telefónicas con DMH, la Oficina del Guardián Público de DMH, el hospital del DHS y el personal administrativo y representantes del Equipo de la Cárcel de Salud Mental del DHS. Cuando está disponible, esta información se resume como "temas de los establecimientos de atención" y agrega contexto adicional, desafíos y oportunidades para muchos de los tipos de instalaciones revisados.

Los temas contextuales también surgieron de los grupos focales de las partes interesadas (véase *la Sección 7., Conclusiones de las partes interesadas*), así como de las entrevistas mencionadas anteriormente con el personal de DMH y DHS. Tenga en cuenta que, a menos que se estipule, esta información no ha sido validada con datos cuantitativos de apoyo.

Por lo tanto, la información debe revisarse como de naturaleza cualitativa y se basa en las experiencias de aquellos a los que se solicitó la entrada. Sin embargo, la comprensión incluso de temas cualitativos es un componente importante del análisis con el fin de ayudar a informar no sólo la cantidad de camas necesarias, pero los tipos de camas, la ubicación de las camas, áreas de especialidad a considerar y el proceso para acceder de manera eficiente a las camas cuando sea necesario.

### De un vistazo: Resolución de crisis y configuración de atención de triaje

#### ***Las salas de emergencia psiquiátricas y las clínicas de atención de urgencia (estabilización de crisis)***

brindan atención y monitoreo a las personas que experimentan síntomas agudos de MENTE y proporcionan manejo y estabilización de los síntomas para garantizar la seguridad individual. Los programas de atención de urgencia tienen capacidad de clasificación y estabilización de crisis en la que las personas pueden ser evaluadas hasta por 23 horas.

#### **SALAS DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA Y CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS**

Número de instalaciones distintas	11
Número de camas operativas*	201
Número de camas exclusivas/propias del Condado*	77

Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	33%
Tasa de utilización a la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	83%

### SALAS DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA Y CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	26,903
Total de días de cama (año fiscal 2017)	11,624
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	15-30 Horas**

\* Las camas de la sala de emergencias psiquiátricas operadas por el condado / la capacidad operativa se pueden exceder durante los períodos de desbordamiento.

\*\*Como se informó durante las entrevistas del personal específico de las instalaciones del DHS, del 27 al 29 de marzo de 2019.

### Características del centro de atención

#### Servicios de emergencia psiquiátrica

- Para muchas personas, las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS son el punto de entrada al sistema de atención de salud conductual del Condado.
- El DHS opera departamentos de emergencia psiquiátrica en tres lugares distintos con un total de 52 camas disponibles para adultos y 17 camas disponibles para niños de 13 años o más.<sup>48</sup>
  - Una sala de emergencias psiquiátricas operada por el condado (Harbor-UCLA Medical Center) informó que las tendencias de utilización han disminuido en el último año. Esta misma instalación informó que una sala de emergencias pediátricas rara vez está por encima de su capacidad y tiene un censo muy bajo durante los meses de verano.
  - Otras instalaciones del DHS informan que la sala de emergencias psiquiátricas está por encima de su capacidad diariamente.
- La duración de la estancia en las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS puede variar desde una mediana de 15 horas hasta algunas estancias que se extienden a 30 o 40 horas. En algunos casos, los pacientes pueden permanecer hasta una semana o diez días, especialmente cuando no hay camas disponibles en la comunidad.
- En algunos departamentos de emergencia psiquiátrica, los proveedores de SUD están disponibles para coordinar las referencias de servicios de SUD y la mayoría de las instalaciones del DHS tienen acceso a un enlace de DMH que puede ayudar a facilitar las colocaciones en los centros de tratamiento administradas por DMH.
- Además de las salas de emergencia psiquiátrica para adultos y adolescentes, LAC + USC opera una sala de hospitalización de 24 camas que está designada para los miembros que presentan condiciones de salud física y MH que ocurren simultáneamente.
  - Las camas de esta unidad están autorizadas como médicas/quirúrgicas.

---

<sup>48</sup> Todas las **salas de emergencia** psiquiátrica operadas por el Condado informaron que acomodaban a pacientes adicionales durante los períodos de desbordamiento.

- La unidad no incluye un entorno terapéutico y los miembros están confinados en sus dormitorios con la excepción de dos descansos diarios en el patio.
- Los miembros de la unidad no cumplen con los criterios de necesidad médica para los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados.
- Según los informes, la duración de la estadía de los miembros puede extenderse por varios meses a años.

### **Centros de atención de urgencias**

- Ocho centros de atención de urgencia distintos ofrecen 132 camas operativas con muchas ubicadas físicamente adyacentes a uno de los cuatro campus de hospitales del condado operados por el DHS. Una instalación propiedad de DMH se encuentra en Sylmar, California y tiene capacidad para ocho camas.
- Los centros de atención de urgencias pueden retener a los pacientes hasta por 23 horas.
- 28 camas, o aproximadamente el 20% de la capacidad total, se designa para niños de 13 a 17 años.

### **Agudeza de la población actual**

- Todas las instalaciones operadas por el DHS informan que un porcentaje significativo (estimado en tan alto como el 75%) de los pacientes del departamento de emergencias presentes en 5150 LPS se mantiene. Las retenciones de LPS pueden incluir períodos de evaluación de 72 horas, y la posibilidad de períodos de evaluación extendidos de 14 días y 30 días según la presentación clínica del individuo y la necesidad de una evaluación continua.
- El personal del DHS señaló que las cárceles triagean e identifican a las personas que pueden parecer estar sufriendo de un SMI, inician una curatela temporal junto con la liberación de la persona de la cárcel y luego escoltan a la persona a un departamento de emergencias psiquiátricas del DHS. En un mes reciente, una sala de emergencias del DHS admitió a seis personas que se presentaron en estas circunstancias.
- A medida que aumentan las referencias de las cárceles, las personas tienden a presentar antecedentes forenses, mayor agudeza y pueden exhibir un comportamiento violento y de asalto. En respuesta, las instalaciones operadas por el DHS han implementado capacitación avanzada de intervención en crisis no violenta para el personal y han comenzado a dotar de personal a las unidades con personal de seguridad.
- Las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS reportan aumentos en personas sin hogar sin sistema de apoyo o familia, lo que limita el rango de disposiciones de descarga disponibles.

### **Referencias de aplicación de la ley e impacto en la capacidad de la sala de emergencias**

- La legislación reciente estableció un procedimiento para conceder la remisión previa al juicio a una persona que sufra un trastorno mental. La ley autoriza una remisión para el tratamiento de MH que se haga a una agencia de MH del condado cuando el tribunal encuentra que el trastorno mental del acusado jugó un papel importante en la comisión del delito acusado.

- Todas las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS reportaron un número cada vez mayor de referencias de la policía y compartieron que las cárceles tienden a liberar e inmediatamente a hacer la transición de las personas al departamento de emergencias.
- Basado en el área de captación establecida por el DHS, un departamento de emergencias psiquiátricas operado por el DHS (Harbor-UCLA Medical Center) acepta referencias y admisiones de treinta y seis agencias de aplicación de la ley diferentes.

### **Poblaciones Especiales**

- Las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS que tratan a los niños notaron aumentos en la ideación y los comportamientos suicidas con esta población, incluidos los aumentos estacionales en la utilización después del comienzo del año escolar. A nivel nacional, un estudio reciente demostró aumentos marcados en los intentos de suicidio y la ideación suicida entre los niños y adolescentes que se presentan a los departamentos de emergencia en todo Estados Unidos.<sup>49</sup>
- Los niños con discapacidades del desarrollo intelectual, trastorno del espectro autista y participación de la justicia juvenil que se presentan a las salas de emergencia psiquiátrica pueden experimentar períodos de estadía más largos debido a la necesidad de coordinarse con otras agencias (por ejemplo, centros regionales, tribunales) y opciones limitadas cuando se recomienda la colocación para la evaluación y el tratamiento continuos.

### **Ampliación de centros de atención de urgencia privados y dmh**

- La expansión de los centros de atención de urgencia privados y operados directamente por DMH ha complementado el continuo de resolución de crisis y triaje con entornos de la Agencia de Salud y, según los informes, ha aliviado parte de la demanda de salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS. El personal del DHS observó las siguientes observaciones y, a veces, las limitaciones relacionadas con estas alternativas a las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el condado:
  - La mayoría de los centros de atención de urgencia están designados por LPS, pero no aceptan pacientes con antecedentes de violencia o que puedan requerir estadías prolongadas en entornos supervisados.
  - Los centros de atención de urgencia pueden aceptar a algunos pacientes que históricamente se han presentado en las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS (por ejemplo, miembros que buscan recargas de medicamentos).
  - Si bien algunas instalaciones sirven a los niños, muchos lugares solo tratan a adultos.

---

<sup>49</sup> Plemmons, G, Hall M, Doupnik, S. hospitalización por ideación o intento de suicidio: 2008-2015. *Pediatría* 2018; 141(6): e20172426. doi: 10:1542/peds. 2017-2426.

- La mayoría de los pacientes referidos a centros de atención de urgencia obtienen disposiciones apropiadas (70%), mientras que el resto son finalmente referidos a salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS.

### **desviación**

- Durante los períodos de alta utilización, las salas de emergencia psiquiátrica operadas por el DHS pueden solicitar ser colocadas en estado de desviación. Los períodos de desviación están limitados a tres horas por episodio y solo afectan a los miembros que se presentan al departamento de emergencias a través del transporte en ambulancia. El estado de desviación no se extiende a, o de otra manera afecta a otras fuentes de referencia (por ejemplo, aplicación de la ley, walk-ins).

### **Disposiciones desafiantes**

- Para los pacientes que se presentan en las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS y que requieren niveles más altos de atención, encontrar colocaciones puede llevar mucho tiempo y ser un desafío, especialmente para las personas en estado de curatela que requieren un entorno cerrado.
- Los obstáculos identificados para localizar una ubicación adecuada incluyen:
  - Miembros de I/DD afiliados a un Centro Regional. Los programas de tratamiento residencial para las condiciones concomitantes de I/DD y MH no existen fácilmente (una instalación fue identificada como una opción potencial, pero no todos los Centros Regionales tienen un contrato con la colocación y el personal reporta desafíos para que los niños y jóvenes sean admitidos en el programa). A veces, los niños con trastorno del espectro autista pueden presentarse a LAC + USC para obtener acceso al tratamiento en la unidad de hospitalización de Augustus Hawkins;
  - Miembros que presentan comorbilidades médicas;
  - Miembros en libertad condicional;
  - Miembros embarazadas; y
  - Miembros con exámenes de de dedo de drogas en orina pendientes o positivos.

### **Desafíos de reclutamiento y retención de personal**

- En general, el sistema del Condado dificulta la contratación y retención de personal. Retener a los trabajadores sociales ha sido un desafío para algunas instalaciones operadas por el DHS y los psiquiatras infantiles se señalan como difíciles de reclutar. Además, los psiquiatras del DHS son compensados menos que los psiquiatras de DMH y no tienen acceso a los bonos de ubicación ofrecidos por DMH.
- La mayoría del personal del DHS observó una falta de igualdad en el salario de los trabajadores

sociales psiquiátricos en comparación con los trabajadores sociales médicos. Además, ciertas designaciones de personal de trabajo social del Condado no están disponibles para todas las instalaciones del DHS.

- El aumento de la violencia en algunas de las unidades está afectando la retención para los residentes y becarios, y el DHS no siempre puede retener a los residentes y becarios que no son elegibles para un programa de reembolso de préstamos que está disponible para los residentes de DMH.

#### Problemas de seguridad y limitaciones de espacio

- En algunos lugares, las salas de emergencia psiquiátrica operadas por el DHS no están configuradas de manera óptima y algunas carecen de espacio físico para garantizar la seguridad del paciente y el personal.
- Debido a la agudeza del paciente y el aumento de la frecuencia del comportamiento agresor, se gastan tiempo y recursos significativos en la seguridad en lugar de invertir en atención y tratamiento.

**Los programas de tratamiento residencial de crisis** para adultos están desbloqueados y cuentan con apoyo clínico de MH ubicado dentro de la instalación. La duración media prevista de la estancia es de 15 a 30 días.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL DE CRISIS	
Número de instalaciones distintas	6
Número de camas operativas	81
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Tasa de utilización a la capacidad de la cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las camas	39%
Tasa de utilización a la capacidad operativa de camas (año fiscal 2017) – Camas exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	532
Total de días de cama (año fiscal 2017)	11,624
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	21 Días

#### Características del centro de atención

- Los programas de tratamiento residencial de crisis son un entorno de atención administrada de DMH. Hay seis instalaciones distintas con 81 camas operativas, ninguna de las cuales está directamente contratada con la Agencia de Salud.
- Los 532 usuarios únicos durante el año fiscal 2017 son el número más bajo de usuarios para un entorno de atención de adultos con la excepción de los usuarios únicos de los hospitales estatales (n = 232).
- La duración de la estancia está destinada a ser relativamente corta – 14 a 30 días.

- Aunque no se utiliza ampliamente en comparación con otros entornos de atención, ha habido un aumento del 27% en los usuarios únicos entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017 a medida que la capacidad del programa se ha expandido.

#### **Criterios de admisión**

- Algunas entidades remitentes identificaron limitaciones percibidas con el acceso a los programas de tratamiento residencial en crisis y consideraron que los criterios de admisión eran excluyentes. Al revisar algunas de estas limitaciones identificadas, DMH no es es consistentemente de acuerdo con las entidades de referencia percibidas

Limitaciones. Por ejemplo, las siguientes limitaciones fueron observadas por las entidades de referencia y, cuando está disponible, DMH's respuesta a la restricción indicada:

- Los miembros que expresaban cualquier ideación suicida dentro de los últimos 30 días eran inadecuados para la admisión (DMH no ingresó definitivamente que un miembro que presentaba de esta manera sería excluido de la admisión).
  - Los miembros que se presentan como mayores de 59 años están excluidos de la admisión (DMH reconoció que había restricciones de edad, pero no confirmó el límite de edad específico o la justificación de la restricción de edad).
  - Los miembros que no vayan acompañados de un plan de transición claro y/o una disposición de aprobación de la gestión no serán aceptados (DMH no estuvo de acuerdo con esta interpretación).
  - Otras limitaciones potenciales identificadas para acceder a un nivel de atención administrado por DMH fueron el uso reciente de restricciones (DMH estuvo de acuerdo) y la administración de medicamentos pro re nata (PRN) (DMH indicó que se realizaría una revisión adicional de los patrones de prescripción en estas circunstancias).
- Una instalación operada por el DHS informó que solo habían colocado con éxito a tres miembros en un Programa de Tratamiento Residencial de Crisis en los últimos seis meses.

### **Resumen de impresiones: Resolución de crisis y configuración de atención de triaje**

Las salas de emergencia psiquiátrica operadas por el DHS están recibiendo más referencias de la policía y muchas personas que se presentan a las instalaciones necesitan una evaluación para la curatela de LPS. En ocasiones, las salas de emergencia han solicitado que se les coloque en estado de desviación, lo que puede proporcionar un alivio limitado y a corto plazo.

El advenimiento de los centros de atención de urgencia privados y propiedad de DMH ha ayudado a aliviar parte de la demanda en las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS y ha reducido el volumen de pacientes al abordar algunos de los problemas de presentación más benignos de los pacientes, como las recargas de medicamentos. Sin embargo, una proporción de pacientes que se presentan en las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS puede requerir la admisión a niveles más altos de atención y encontrar colocaciones puede llevar mucho tiempo y ser un desafío, especialmente para las personas en estado de curatela que requieren un entorno cerrado.

Los programas de tratamiento residencial de crisis ahora incluyen 6 instalaciones distintas y ofrecen hasta 81 camas operativas. Sin embargo, se perciben limitaciones con el acceso a estos entornos y los criterios de admisión establecidos y la programación de la atención disminuyen la viabilidad de aprovechar este entorno de atención para satisfacer las necesidades clínicas de un gran segmento de la población.

**De un vistazo:** Entornos de **atención hospitalaria para pacientes hospitalizados psiquiátricos agudos (instalaciones cerradas)**

Los entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos incluyen los siguientes tipos de instalaciones (todas las instalaciones están disponibles para niños, adolescentes y adultos):

**Los hospitales psiquiátricos agudos de Medi-Cal de pago por servicio** proporcionan servicios de hospitalización aguda a las personas elegibles de Medi-Cal. Estas instalaciones pueden o no ser contratadas con el DMH del Condado, pero están obligadas a presentar solicitudes de autorización de revisión retrospectiva a la Unidad de Solicitud de Autorización de Tratamiento del Condado DMH.

### Características del centro de atención

- Los hospitales de pago por servicio incluyen 34 instalaciones distintas y más de 2.000 camas operativas, pero sólo 15 camas (menos del 1% de la capacidad disponible) están bajo contrato exclusivo con DMH. Las camas contratadas por DMH demostraron una tasa de ocupación del 100% durante el año fiscal 2017.

#### HOSPITALES DE PAGO POR SERVICIO

Número de instalaciones distintas	34
Número de camas operativas	2,045
Número de camas exclusivas /propias del condado	15
Tasa de utilización a la <b>capacidad de la cama operativa</b> (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	33%
Tasa de utilización a la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	100%
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	18,349
Total de días de cama (año fiscal 2017)	273,461
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	7,5 Días*
Proporción de días de autorización administrativa (año fiscal 2017)	12%

\*Refleja solo la población adulta

- Con un 33%, la tasa de utilización de la capacidad de camas operativas es la más baja de todos los tipos de instalaciones dentro de la categoría de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos. Sin embargo, los usuarios únicos (18.349) y el total de días de cama (273.461) superan con creces cualquier otro tipo de instalación en esta categoría.
- El Condado utiliza principalmente hospitales de pago por servicio para beneficiarios cubiertos que son elegibles para Medi-Cal, aunque las instalaciones también se utilizan a través de otros acuerdos de contratación (por ejemplo, contratos sin seguro).
- Con 7.5 días (adultos), los hospitales de pago por servicio registran la duración promedio más baja de estadía de cualquier entorno de atención hospitalaria o residencial.
- Sólo tres hospitales de pago por servicio (33 camas) atienden a niños menores de 13 años.
- La proporción de días administrativos autorizados al total de días autorizados es del 12%, mucho menor que la de los hospitales operados por el DHS.

### Criterios de admisión

- Algunas partes interesadas del sistema consideraron que los hospitales de pago por servicio aplicaban políticas de admisión restrictivas que limitaban efectivamente el tipo de paciente que podía acceder a estos entornos de atención. Ejemplos de cuando una admisión no sería considerada incluyen:
  - Pacientes que exceden 250 libras;
  - Pacientes que presentan riesgos de caídas;
  - Pacientes con antecedentes forenses y/o participación en el sistema correccional;
  - Pacientes con condiciones médicas y de MH co-mórbidas;
  - Pacientes percibidos como demasiado sintomáticos o clínicamente agudos;
  - Pacientes en estado de curatela; y
  - Pacientes que carecen de un plan de alta claro o disposición posterior a la hospitalización.
- Se observó durante las entrevistas del personal del hospital del DHS que con el tiempo, el número de camas de hospitalización disponibles en todo el condado ha disminuido, mientras que los pacientes con enfermedades mentales crónicas están aumentando en volumen. La falta de camas disponibles puede estar relacionada con la competencia con otras fuentes de pagadores (por ejemplo, compañías de seguros privadas) y las diferencias en las tasas de reembolso entre el Condado y otras compañías de seguros.
- En respuesta a la duración relativamente corta de la estancia, las partes interesadas creían que, en algunos casos, los miembros eran dados de alta prematuramente de un hospital de pago por servicio y que posteriormente se presentarían en una de las salas de emergencia psiquiátricas operadas por el DHS que necesitaba una mayor estabilización.

**Los hospitales operados por el Condado** proporcionan un componente importante de la red de seguridad de atención médica del Condado al ofrecer monitoreo médico las 24 horas del día, los 7 días de la sesión y servicios hospitalarios psiquiátricos a los residentes del Condado, incluidos los miembros elegibles de Medi-Cal y las personas indigentes (algunas instalaciones están disponibles para niños y adolescentes).

#### HOSPITALES OPERADOS POR EL CONDADO

Número de instalaciones distintas	3
Número de camas operativas	130
Número de camas exclusivas /propias del condado	130

Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	99%
Tasa de utilización a la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	99%

## HOSPITALES OPERADOS POR EL CONDADO

Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	1,984
Total de días de cama (año fiscal 2017)	47,450
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	22 Días
Proporción de días de autorización administrativa (año fiscal 2017)	27%

### Características del centro de atención

- El DHS opera tres unidades de hospitalización psiquiátrica aguda. Las instalaciones y camas operativas disponibles son las siguientes:
  - **Augustus Hawkins (afiliado a LAC+USC Medical Center)** – 5 salas de adultos con 50 camas disponibles; 1 sala de adolescentes con 10 camas disponibles.
  - **Harbor – UCLA Medical Center** – dos centros para pacientes hospitalizados; una unidad tiene 14 camas para adultos y la otra unidad tiene capacidad para 24 personas (solo adultos), incluidas aquellas con salud física co-mórbida y condiciones de salud reproductiva (incluidas las mujeres embarazadas).
  - **Olive View – UCLA Medical Center** – una unidad de hospitalización para adultos con capacidad para 32 camas. Además, la Oficina de Desviación y Recuperación del DHS administra una unidad de 18 camas en el lugar dedicada a las personas adultas asignadas a un programa de desviación de la cárcel.
- Hay una escasez de camas disponibles para niños disponibles dentro y fuera del sistema hospitalario operado por el DHS. Todos los hospitales operados por el DHS compiten por camas en la sala de adolescentes de Augustus Hawkins. Por necesidad, la unidad debe acomodar simultáneamente a los jóvenes que presentan una amplia gama de condiciones, incluyendo SED, I / DD y trastornos de conducta.
- Los hospitales psiquiátricos hospitalizados operados por el DHS tienen una tasa de ocupación cercana al 100% y acumularon más de 47,000 días de cama durante el año fiscal 2017; solo superados por los hospitales de pago por servicio dentro de la categoría de atención hospitalaria para pacientes psiquiátricos agudos a pesar de poseer 15 veces menos volumen de camas.
- La duración promedio de la estadía en los hospitales psiquiátricos hospitalizados operados por el DHS es de 22 días, casi tres veces más larga que la duración promedio de la estadía de los adultos en los hospitales de pago por servicio.
- Una proporción significativa del censo de pacientes hospitalizados psiquiátricos operado por el DHS es referida desde el sistema carcelario (15%) y/o regalos en estado de curatela temporal o curatela

(entre un tercio y dos tercios del censo de pacientes en un día determinado). Muchos pacientes referidos de la cárcel y colocados en estado de curatela temporal no cumplen con los criterios de necesidad médica para los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados (2 de las 21 cárceles recientes refirieron admisiones según lo informado por una instalación del DHS).

- Los hospitales psiquiátricos hospitalizados operados por el DHS realizan una revisión de la utilización en todo el censo de pacientes activos cada día. El personal de revisión de utilización del DHS aplica criterios de necesidad médica que se basan en los<sup>o</sup> de InterQual y los estándares estatales. Se puede determinar que los miembros están en estado agudo (cumplen con los criterios de necesidad médica), estado administrativo (activamente en una lista de espera para un nivel alternativo de servicio) o estado denegado. El hospital es reembolsado a una tasa reducida de viáticos para los miembros en situación administrativa y no recibe ninguna compensación para los miembros en estado denegado. Algunas de las instalaciones hospitalarias del DHS informan que del 20% al 70% del censo puede estar en estado denegado en un día determinado.

### **Características de la población**

- La mayoría del personal de las instalaciones hospitalarias operadas por el DHS reportaron un mayor comportamiento de asalto en las unidades de hospitalización, citando incidentes recientes en los que el personal ha resultado herido. La preocupación ha aumentado con el aumento de las referencias de pacientes desde la cárcel y algunas unidades están planeando agregar personal de seguridad en las unidades de pacientes para mitigar la amenaza de violencia.
- Los hospitales psiquiátricos operados por el DHS atienden a un gran volumen de personas que se presentan en estado de curatela temporal. Estos pacientes se describen como agudos, difíciles de dar de alta (por ejemplo, delincuentes sexuales registrados, personas con antecedentes de incendio provocado) y se requiere que sean evaluados en las unidades durante períodos de tiempo designados ("enespera").
- Todas las instalaciones informaron de aumentos en las solicitudes de juicio con jurado para las personas que se solicitan para la curatela, lo que requiere preparación adicional y tiempo del personal, así como contribuir a una mayor duración de la estancia, ya que la preparación legal y el proceso de audiencia en la corte se pueden extender durante varios meses.
- Los tutores públicos asignados a personas en estado de curatela pueden influir en la planificación del alta al rechazar las colocaciones y exigir que el paciente sea transicionado de la unidad de hospitalización a una instalación cerrada.
- La unidad de adolescentes de Augustus Hawkins está experimentando aumentos en las admisiones de mujeres adolescentes víctimas de la trata sexual y se les ha alentado a iniciar peticiones de curatela para estos jóvenes cuando sea apropiado.
- Los hospitales operados por el DHS han observado aumentos en los pacientes que presentan condiciones concomitantes de MH e I/DD. Muchos de estos pacientes son asignados a uno de los siete centros regionales en el Condado. Los centros regionales son responsables de administrar los servicios de atención a largo plazo y los apoyos para los miembros elegibles. Los hospitales operados por el DHS describieron los desafíos en la coordinación de la atención y el acceso a los servicios

necesarios con los centros regionales, todos los cuales operan de manera única y tienen relaciones con diferentes instalaciones de tratamiento y colocación.

### Disposiciones de descarga

- Un centro hospitalario operado por el DHS estimó que el 60% del censo de pacientes podría ser dado de alta de manera segura a un nivel más bajo de atención. La larga duración de la estancia puede extenderse durante varios meses mientras los pacientes esperan la colocación en el paso hacia abajo u otras instalaciones. Si bien se percibe que un cierto porcentaje de pacientes es lo suficientemente estable para el alta con el apoyo y la supervisión de la comunidad disponibles (por ejemplo, miembros de la familia), el alta de estas personas a un refugio se considera inseguro y clínicamente contraindicado. Debido a la presentación clínica única y la agudeza de estos pacientes, DHS tiene pocas opciones para que los ajustes alternativos aseguren transiciones apropiadas del cuidado. El personal responsable de la planificación del alta experimenta desafíos persistentes para identificar la capacidad suficiente para abordar la demanda de servicios intensivos que se necesitan para esta población.

**Las instalaciones psiquiátricas agudas de Short-Doyle** son camas de hospitalización adquiridas por el DMH del Condado para personas inscritas en el Programa de Servicios de Salud Mental del Condado de Short-Doyle (todas las instalaciones están disponibles para niños, adolescentes y adultos).

INSTALACIONES DE SHORT-DOYLE	
Número de instalaciones distintas	2
Número de camas operativas	127
Número de camas exclusivas /propias del condado	82
Tasa de utilización a la capacidad de la cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las camas	84%
Tasa de utilización de la capacidad operativa de camas (año fiscal 2017) – Camas exclusivas /	100%
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	2,062
Total de días de cama (año fiscal 2017)	37,671
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	16,8 Días

### Características del centro de atención

- Las instalaciones de Short-Doyle están limitadas a dos instalaciones distintas y 127 camas operativas. 82 o 65% de las camas disponibles están bajo contrato con DMH.
- Las instalaciones de Short-Doyle son un entorno de atención administrada de DMH y están designadas para pacientes que no tienen seguro o están subasegurados (por ejemplo, no son elegibles bajo Medi-Cal).
- La utilización a la tasa de capacidad total de la cama operativa es del 84%, pero aumenta al 100% cuando se factoriza solo la capacidad contratada por DMH.
- Los usuarios únicos del año fiscal 2017 (2,062) superan a los hospitales psiquiátricos agudos

operados por DMH Los usuarios únicos del año fiscal 2017 (1,984).

- Ambas instalaciones de Short-Doyle aceptan niños, una de las cual ofrece 17 camas para niños de 0 a 12 años y la otra que designa 27 camas para jóvenes de 13 a 17 años.

### Acceso a una cama de instalación de Short-Doyle

- Las entidades externas, como las salas de emergencia psiquiátricas y los hospitales operados por el DHS, deben iniciar una remisión a DMH para acceder a una cama de la instalación de Short-Doyle. Las entidades de referencia deben examinar a los miembros para la cobertura del seguro, ponerse en contacto con DMH varias veces al día para determinar la disponibilidad de camas y, por lo general, esperar de una a tres horas para determinar si DMH puede aceptar al paciente para la admisión.

### Criterios de admisión

- Las partes interesadas del sistema identificaron políticas de admisión restrictivas que limitan el tipo de paciente que podría acceder a un centro de Short-Doyle. Algunos ejemplos son:
  - Pacientes que han sido refrenados recientemente;
  - Pacientes con antecedentes de SUD;
  - Pacientes con condiciones médicas y de 1990 mórbidas; y
  - Niños diagnosticados con un trastorno del espectro autista.

**Los centros de salud** psiquiátrica ofrecen tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados para adultos y jóvenes. Estos centros proporcionan tratamiento agudo a corto plazo en entornos no hospitalarios que tienen necesidades de personal y de instalaciones más flexibles que los hospitales de pacientes hospitalizados agudos (algunas instalaciones están disponibles para adolescentes y adultos).

### CENTROS DE SALUD PSIQUIÁTRICA

Número de instalaciones distintas	3
Número de camas operativas	48
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	81%
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	1,169
Total de días de cama (año fiscal 2017)	14,131
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	27,4 Días

### Características del centro de atención

- Los centros de salud psiquiátrica incluyen tres centros distintos y 48 camas de funcionamiento (cada centro tiene un límite de 16 camas). Ninguna de las camas disponibles está bajo contrato con DMH.
- Los centros de salud psiquiátrica para adultos son entornos de atención administrada por DMH, mientras que un centro de salud psiquiátrica que está designado para tratar a los adolescentes está

fuera del ámbito de DMH.

- La utilización de la **capacidad total de camas operativas** es del 81%, pero aumenta al 108% si se consideran sólo los **dos centros de salud psiquiátrica para adultos**. Se determinó que la **tasa de ocupación** en el centro psiquiátrico para adolescentes era de sólo el 21%.
- Los usuarios únicos del año fiscal 2017 (1,169) son los más bajos dentro de la **categoría de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados psiquiátricos agudos**, probablemente debido al número limitado de camas operativas.
- La duración promedio de la estadía es de 27.4 días, la **duración más larga de la estadía dentro de la categoría de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados psiquiátricos agudos**.

#### **Viabilidad del entorno de atención como una opción de paso a paso**

- Un miembro del personal del Departamento de Salud indicó que rara vez se tenían en cuenta los **centros de salud psiquiátrica** cuando se solicitaba la colocación de los miembros debido al número limitado de centros, el bajo volumen de camas y la percepción de que las camas estaban poco abiertas y disponibles.

#### **Resumen de impresiones: Entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados psiquiátricos agudos**

Más de 22,000 usuarios únicos se presentaron en uno o más de los entornos de atención hospitalaria psiquiátrica aguda durante el año fiscal 2017. La categoría de establecimiento de atención incluye hospitales de pago por servicio con capacidad operativa para más de 2.000 camas. Sin embargo, DMH tiene contratos exclusivos con menos del 1% del volumen total de camas de hospital de pago por servicio. La duración media de la estancia en los hospitales de pago por servicio es de 7,5 días para los adultos, se encontró que las **tasas de readmisión de 7 días** eran superiores al 19%, y la proporción de días administrativos y denegados para el total de días de cama es de aproximadamente el 25%. En contraste, la duración de la estadía en los hospitales del condado operados por el DHS es tres veces más larga, la **tasa de readmisión de 7 días** es inferior al 8%, y la proporción de días administrativos y denegados para el total de días de cama es de casi el 75%.

Las instalaciones de Short-Doyle juegan un papel importante en el continuo de la atención al proporcionar una capacidad muy necesaria para los miembros que no califican para el programa de Medi-Cal. Además, una instalación de Short-Doyle incluye camas disponibles para niños pequeños; un área demostrada de necesidad para el sistema. Las instalaciones de salud psiquiátrica son opciones menos viables para los clientes del Condado basadas en el número limitado de camas disponibles y la **alta tasa de ocupación para pacientes adultos** (más del 100%).

#### **De un vistazo: Configuración de atención subaguda (instalaciones bloqueadas)**

**Los hospitales** estatales brindan atención hospitalaria a largo plazo para personas con discapacidades que requieren monitoreo las 24 horas del día, los 7 años de la semana. Las personas del Hospital Estatal pueden ser colocadas a través de una orden judicial y por lo general son desafiadas con impedimentos mentales y

funcionales significativos. Las instalaciones son seguras y cerradas, y la duración de la estancia tiende a extenderse (solo para adultos).

HOSPITALES ESTATALES		
Número de instalaciones distintas		5
Número de camas operativas	490*	
Número de camas exclusivas /propias del condado		0

## HOSPITALES ESTATALES

Tasa de utilización a la <b>capacidad de la cama operativa</b> (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	22%*
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	232
Total de días de cama (año fiscal 2017)	39,537
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	531 Días

\* Incluye camas en todos los Hospitales Estatales (gran volumen de pacientes forenses). Solo el 10% del volumen total de camas de hospitales estatales están realmente disponibles para los miembros de la Agencia de Salud y otros programas de MH basados en el condado.

### Características del centro de atención

Hay cinco hospitales estatales que son operados por el Departamento de Hospitales Estatales de California (DSH) y disponibles para el Condado para la colocación de miembros. Sin embargo, con la excepción del Metropolitan State Hospital, muchas de estas camas están designadas para personas que son colocadas a través de los tribunales superiores del condado o el Departamento correccional y de rehabilitación de California (CDCR).

Las categorías de compromiso de hospitales estatales incluyen lo siguiente:

**Incompetentes para ser juzgados:** Los acusados de delitos graves que se encuentran incompetentes para ser juzgados por un tribunal son colocados en un hospital estatal, donde el enfoque del tratamiento es estabilizar su condición y devolverlos a la competencia del juicio para que el tribunal pueda adjudicar sus cargos pendientes.

**Ley LPS:** Estos pacientes son tratados bajo un acuerdo de curatela. Las curatelaciones son para personas con discapacidades graves que representan un peligro para sí mismas o para otros debido a una enfermedad mental. Es posible que no hayan sido acusados de un delito, sino que son referidos por los programas de MH de la comunidad local a través de procedimientos de compromiso civil involuntarios de conformidad con la Ley LPS.

**Delincuentes con trastornos mentales:** Los delincuentes en libertad condicional que cometieron uno de una lista específica de delitos y que fueron tratados por un trastorno mental grave relacionado con su delito original pueden ser internados en un hospital estatal como condición de libertad condicional por un período que no exceda la duración de su período de libertad condicional.

**Presos con enfermedades mentales transferidos del CDCR:** Estos pacientes reclusos son transferidos del CDCR para recibir atención de salud de los enfermos hospitalizados con la expectativa de que regresarán a un centro del CDCR cuando ya no requieran tratamiento hospitalario.

**No culpable por razón de locura:** Los pacientes **juzgados** por el tribunal como no culpables porque estaban locos en el momento del **delito grave** son internados en un hospital estatal para recibir tratamiento por un período igual a la sentencia máxima de su delito más grave.

**Depredadores sexualmente violentos:** Las personas que son condenadas por un conjunto de **delitos sexuales** definidos por la ley que completan sus sentencias de **prisión** son evaluadas por DSH o evaluadores independientes.

Aquellos que cumplen con los criterios de depredadores sexualmente violentos reciben una audiencia de causa probable y son colocados en un hospital estatal en espera de un compromiso completo.

La siguiente tabla muestra los porcentajes de categorías de compromiso de pacientes por hospital estatal a partir de 2016<sup>50</sup>. Los datos a continuación incluyen a los pacientes que no están en el centro debido a una comparecencia ante el tribunal o que están en un hospital de cuidados intensivos generales para recibir otro tratamiento médico. La Agencia de Salud más comúnmente busca la admisión de miembros bajo la designación LPS en metropolitan State Hospital, aunque un pequeño número de pacientes son admitidos en Napa State Hospital cuando Metropolitan no tiene vacantes actuales.

Hospital Estatal	Capacidad de camas	Incompetente para ser juzgado	Lanterman-Petris Cortocircuito	Delincuente con trastornos mentales	CDCR enfermo mental	No culpable por razón de locura	Depredador sexualmente violento
Atascadero	1,275	22%	1%	48%	19%	19%	
Patton	1,527	39%	6%	18%		37%	<1%
metropolitano	826	41%	39%	5%		15%	
Napa	1,270	30%	17%	6%		47%	
Coalinga	1,500		<1%	23%	4%	<1%	73%

Los hospitales estatales son entornos de atención administrada de DMH y requieren que las entidades de referencia completen un paquete de referencia antes de ser considerados para la colocación.

- Durante el año fiscal 2017, hubo 232 usuarios únicos asociados con el entorno de atención hospitalaria estatal.
- La duración promedio de la estadía es de 531 días, la duración más larga de la estadía en todos los entornos de atención hospitalaria y residencial.
- La utilización a la tasa total de capacidad de camas operativas es del 22%, debido a los tiempos de espera extendidos para acceder a las camas, la larga duración de la estancia una vez admitida y el volumen relativamente bajo de usuarios únicos.

#### Acceso a una cama de hospital estatal

- La duración prolongada de las estancias y las camas limitadas dedicadas a los pacientes conservados lps afectan el número de miembros que se pueden colocar en los hospitales estatales.
- La espera de una cama de hospital estatal comúnmente puede persistir durante uno o dos años.
- Antes de ser aceptado para la admisión, Metropolitan State Hospital lleva a cabo una prueba forense en el solicitante que, según los informes, puede tomar de dos a tres meses adicionales para completar.

---

<sup>50</sup> Los datos se recuperaron del sitio web de cada hospital estatal a través de <https://www.dsh.ca.gov>

- Antes de ser considerado para la colocación en el Hospital Estatal de Napa, a un solicitante se le debe **negar la admisión** en el Metropolitan State Hospital.
- El personal del DHS informó que un solicitante debe ser referido y negado por todas las instalaciones subagudas disponibles antes de ser considerado para su colocación en un hospital estatal. El personal de DMH refutó parcialmente esta interpretación e infirió que, si bien esto puede ser cierto en algunos casos, la determinación para la colocación depende de la presentación clínica del solicitante.

**Las instalaciones subagudas especializadas** proporcionan atención residencial a largo plazo con personal enriquecido. Muchas de las instalaciones ofrecen programas de tratamiento especializados, como el cuidado de las personas involucradas en el sistema de justicia penal con necesidades sustanciales de MH (solo para adultos).

SUBAGUDO ESPECIALIZADO	
Número de instalaciones distintas	9
Número de camas operativas	1,058
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	52%
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	892
Total de días de cama (año fiscal 2017)	160,499
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	342,7 Días

### Características del centro de atención

- Las instalaciones subagudas especializadas incluyen nueve instalaciones distintas y 1.058 camas operativas que sirven solo a adultos. Ninguna de las camas está bajo contrato exclusivo con DMH. Las especializaciones de la población para estas instalaciones subagudas incluyen las siguientes:

Instalación subaguda especializada	Especialización poblacional
Centro de Tratamiento Especial <b>Alpino</b>	Población General – Alta Agudeza
Crestwood - Bakersfield	Forense – Alta Agudeza
Centro de vistas al puerto	forense
Centro de Rehabilitación de Salud Mental <b>La Casa</b>	Población General – Jóvenes en Edad de Transición
La Paz	Geriátrico – Condiciones Médicas Complejas
Vista de olivo	forense
Sierra Vista	forense
Colinas de Sunbridge Shandin	Forense – Población General
Sylmar Salud	forense

- Las instalaciones subagudas especializadas son entornos de atención administrada por DMH, con una instalación dedicada a pacientes geriátricos (de 65 años o más) y las instalaciones restantes que tratan a pacientes de 18 a 64 años. Cuatro de las instalaciones están fuera del condado, lo que comprende casi el 35% de la capacidad de camas operativas disponibles.
- La utilización de la tasa total de capacidad operativa de camas es del 52%, probablemente debido a la competencia por camas de otras fuentes pagadoras y entidades de referencia.
- Hubo 892 usuarios únicos y 160,499 días de cama utilizados durante el año fiscal 2017, el mayor número de usuarios y días de cama para cualquier instalación dentro de la categoría de entorno de atención subaguda.
- La duración promedio de la estadía es de 342.7 días, la tercera duración más larga de la estadía dentro de la categoría de cuidado subagudo.

**Las instalaciones subagudas** generales proporcionan atención residencial que incluye al menos 27 horas semanales de grupos de rehabilitación. Estos centros de enfermería especializada están certificados como Programas de Tratamiento Especial y están diseñados para la reintegración en la comunidad en lugar de la atención continua a largo plazo (solo para adultos).

SUBAGUDO GENERAL	
Número de instalaciones distintas	6
Número de camas operativas	590
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Tasa de utilización a la capacidad de la cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las camas	54%
Tasa de utilización de la capacidad operativa de camas (año fiscal 2017) – Camas exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	700
Total de días de cama (año fiscal 2017)	102,472
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	122 Días*

\*Más de la mitad de los casos individuales revisados involucraron períodos de estadía de 14 días o menos, lo que redujo significativamente el cálculo de ALOS para este centro de atención.

### Características del centro de atención

- Las instalaciones subagudas generales incluyen seis instalaciones distintas y 590 camas operativas. Ninguna de las camas está bajo contrato exclusivo con DMH.
- Las instalaciones subagudas generales son entornos de atención administrada por DMH y actualmente solo pueden acomodar a pacientes de 18 a 64 años.

- La utilización de la tasa total de capacidad operativa de camas es del 54%, probablemente debido a la competencia por camas de otras fuentes pagadoras y entidades de referencia.

- Hubo 700 usuarios únicos y 102,472 días de cama utilizados durante el año fiscal 2017.
- Solo una instalación subaguda general está designada por LPS y puede aceptar a personas que se colocan en retención de curatela temporal, aunque la colocación de personas en estado lps rara vez ocurre en esta instalación debido a los requisitos de tiempo para que los médicos testifiquen en las audiencias de curatela.
- Los centros de atención subaguda general incluyen:
  - Centro Médico Landmark;
  - Laurel Park Center;
  - Meadowbrook Manor;
  - Penn Mar (LPS designado);
  - Vista Alturas Convalecientes; y
  - Centro de Atención Comunitaria.

#### **Acceso a una cama subaguda (especializada y subaguda general)**

- Para acceder a una cama subaguda, el paciente debe estar en una curatela y DMH requiere hasta 14 días de documentación clínica para ayudar a determinar el nivel adecuado de atención.
- El personal del DHS señaló que hay extensas listas de espera para camas subagudas que no están disponibles.
- DMH sirve como el guardián de las instalaciones subagudas y toma determinaciones donde se colocarán a los individuos. El personal del DHS que envía paquetes de referencia a DMH señaló las siguientes limitaciones:
  - El DHS no puede interactuar o comunicarse con las instalaciones subagudas y no tiene la oportunidad de realizar consultas de médico a médico para revisar la idoneidad clínica de pacientes específicos.
  - El DHS citó circunstancias en las que se proporcionó a la instalación subaguda información inexacta sobre el paciente que se estaba considerando para la colocación.
  - Algunos miembros del personal del DHS informaron que las explicaciones de por qué un paciente no es aceptado en un centro subagudo no se proporcionan rutinariamente a la parte remitente (DMH respondió que se proporciona una justificación escrita a la fuente de referencia cuando no acepta a un paciente para un nivel de atención designado).

### **Criterios de Admisión (Subagudos Especializados y Generales)**

- El personal del DHS expresó que existían políticas de admisión restrictivas que limitaban el tipo de paciente que podía acceder a estos entornos de atención. Ejemplos de cuando una admisión no sería considerada a una instalación subaguda incluyeron:
  - Administración reciente de medicamentos PRN (DMH contrarrestado que el uso de medicamentos PRN sólo sería excluyente basado en el patrón de uso);
  - Pacientes con antecedentes de apnea del sueño (DMH negó que este criterio estuviera en su lugar);
  - La presencia de salud física concomitante y condiciones de 19 (DMH informó que actualmente hay una instalación subaguda que puede acomodar a estos pacientes);
  - Pacientes con adicciones a la SUD (DMH indicó que todas las instalaciones subagudas aceptan pacientes con condiciones de SUD y MH concomitantes);
  - Pacientes con condiciones de I/DD y MH; y
  - Pacientes en libertad condicional con el CDCR.

### **Duración de la estancia en las instalaciones subagudas y necesidad médica continua (subaguda especializada y general)**

Mercer recibió diversas cuentas con respecto a cómo la revisión robusta de DMH de los miembros colocados de la instalación subaguda existente es y si los pacientes que son estables están siendo evaluados regularmente para la necesidad médica en curso y / o la preparación para el alta. DMH aplica una escala de habilidad funcional a la admisión de un miembro a una instalación subaguda y luego aplica la herramienta nuevamente cada 90 días. DMH informó que los miembros son sometidos a un servicio de menor intensidad si los resultados de la evaluación funcional indican que el entorno de atención subaguda del centro ya no es necesario. La planificación de la descarga puede comenzar hasta 90 días antes de la liberación esperada de la instalación.

**Las instalaciones de tratamiento comunitario** son entornos cerrados que proporcionan servicios de apoyo basados en las necesidades de los niños y adolescentes. Los centros de tratamiento comunitarios tratan de preparar a los jóvenes para una reintegración duradera en sus familias y en la comunidad.

#### **INSTALACIONES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO (JÓVENES)**

Número de instalaciones distintas	2
Número de camas operativas	68
Número de camas exclusivas /propias del condado	0

Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	57%
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	93

## INSTALACIONES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO (JÓVENES)

Total de días de cama (año fiscal 2017)	14,261
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	352 Días

### Características del centro de atención

- Las instalaciones de tratamiento comunitario para jóvenes (de 13 a 17 años de edad) incluyen dos instalaciones distintas y 68 camas operativas. Ninguna de las camas está bajo contrato con DMH.
- El acceso a las instalaciones de tratamiento de la comunidad no es administrado por DMH.
- La utilización a la tasa de capacidad total de la cama de funcionamiento es del 57%.
- Hubo 93 usuarios únicos y 14,261 días de cama utilizados durante el año fiscal 2017.
- La duración promedio de la estadía es de 352 días, que es significativamente más larga que la duración de la estadía en programas terapéuticos residenciales a corto plazo, otro entorno residencial disponible para niños y jóvenes elegibles para DMH.

### Resumen de impresiones: Configuración de atención subaguda

La categoría de entorno de atención subaguda incluye los hospitales estatales de California con aproximadamente 490 camas disponibles para compromisos civiles (LPS). Hay tiempos de espera prolongados para acceder a las camas y períodos prolongados de estancia que contribuyen a una utilización menos robusta.

comunidad tratamiento instalaciones para juventud, con actual- mente restringido Para Dos Instalaciones con 68  
of *as instalaciones subagudas especializadas y generales* 100 durante Fy 2017, aunque el cuidado ajuste es  
re *on muy buscadas después de las colocaciones de* por utilización sobre Hora. comunidad tratamiento  
Ir *ajada, particularmente para las personas en estado de* cuando apropiado alternativo basado en la  
cc *urately. Los extensos tiempos de espera y las políticas* des Persiguiendo a de los jóvenes admisión Para  
U *de admisión restrictivas percibidas contribuyen a los*  
*desafíos en el acceso a las camas para todos los clientes*  
D *que pueden tener una necesidad documentada de los* **aria (instalaciones desbloqueadas)**  
L *entornos de atención. Es probable que existan* porcionan servicios residenciales durante seis o  
no *oportunidades para ampliar la capacidad de camas para* clínico 24/7 MH (solo adultos).  
*los entornos de atención subaguda y para mejorar los*  
*componentes del flujo de clientes que conducirían a una*

## SERVICIOS RESIDENCIALES ENRIQUECIDOS

Número de instalaciones distintas	18
Número de camas operativas	5,459
Número de camas exclusivas /propias del condado	602
Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	N/D
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	55%
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	996
Total de días de cama (año fiscal 2017)	122,917
Duración media de la estancia (año fiscal 2017)	234,6 Días

### Características del centro de atención

- Los servicios residenciales enriquecidos para adultos incluyen un potencial de un total de 5.459 camas. Esta capacidad potencial de camas está disponible en las residencias de ancianos o en las residencias para adultos. 602 de estas camas en 18 instalaciones distintas están equipadas y están bajo contrato con DMH para proporcionar servicios enriquecidos.
- El acceso a los servicios residenciales enriquecidos es administrado por DMH.
- La utilización a la tarifa total de capacidad de camas contratada es del 55%.
- Hubo 996 usuarios únicos y 122,917 días de cama utilizados durante el año fiscal 2017.
- La duración media de la estancia para los servicios residenciales enriquecidos es de 235 días.

**Los programas terapéuticos residenciales a corto plazo** son instalaciones residenciales operadas por una agencia pública u organización privada que proporciona un programa integrado de cuidados especializados e intensivos y supervisión, servicios y apoyos, tratamiento y atención y supervisión a corto plazo las 24 horas del día a los niños.

## PROGRAMA TERAPÉUTICO RESIDENCIAL A CORTO PLAZO (STRTP)

Número de instalaciones distintas	46
Número de camas operativas	1,206
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Tasa de utilización a la <b>capacidad de la</b> cama operativa (año fiscal 2017) – Todas las <b>camas</b>	N/D*
Tasa de utilización de la <b>capacidad operativa</b> de camas (año fiscal 2017) – <b>Camas</b> exclusivas /	N/D
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017)	57*
Total de días de cama (año fiscal 2017)	8,180

Duración media de la estancia (año fiscal 2017)

148,5 Días

\* El número relativamente bajo de usuarios únicos se atribuye al hecho de que la programación STRTP se puso a disposición recientemente y la utilización actual no está adecuadamente representada en los archivos de datos examinados por Mercer.

### **Características del centro de atención**

- Los programas terapéuticos residenciales a corto plazo para niños, adolescentes y adultos jóvenes incluyen 46 instalaciones distintas y una capacidad total de funcionamiento de 1.206 camas. Ninguna de las camas está bajo contrato con DMH.
- De las 46 instalaciones, cinco también atienden a niños de 0 a 12 años y catorce a jóvenes en edad de transición (de 18 a 21 años).
- La utilización a la tarifa total de la capacidad contratada de la cama es solamente el 2%.
- Hubo 57 usuarios únicos y 8,180 días de cama utilizados durante el año fiscal 2017.
- La duración media de la estancia en los programas terapéuticos residenciales a corto plazo es de 149 días.

### **Resumen de impresiones: Entornos de atención residencial comunitaria**

Los servicios residenciales enriquecidos tienen el potencial de servir como una alternativa efectiva a entornos de atención hospitalaria y residencial más restrictivos. Este modelo de atención promueve la vida independiente y el desarrollo de habilidades, y puede apoyar la recuperación de un individuo. Si bien proporciona un entorno de cuidado alternativo muy necesario, los usuarios potenciales del servicio deben demostrar cierto grado de estabilidad para tener éxito en el programa. Casi 1,000 usuarios únicos participaron en servicios residenciales enriquecidos durante el año fiscal 2017.

Los programas terapéuticos residenciales a corto plazo proporcionan estructura y supervisión para niños y adolescentes, muchos de los cuales tienen participación en el sistema de cuidado de crianza. El número de entornos está aumentando con más de 45 ubicaciones distintas y 1.200 camas disponibles. Los programas terapéuticos residenciales a corto plazo proporcionan una opción valiosa para los niños y jóvenes que pueden beneficiarse de una alternativa a entornos de atención hospitalaria y residencial más restrictivos.

### **Programas y servicios de SUD**

El esquema SUD LOC se organiza en función del continuo ASAM. El nivel 1 proporciona el servicio más agudo, proporcionando atención médica en el lugar las 24 horas del sistema de los 7 años de la ciudad. En el extremo opuesto del continuo, el Nivel 4 proporciona vivienda basada en la abstinencia para las personas que reciben servicios de tratamiento ambulatorio de SUD. Cada criterio de ASAM se evalúa en seis dimensiones: intoxicación aguda o potencial de abstinencia, condiciones o complicaciones biomédicas, condiciones o complicaciones emocionales/conductuales/cognitivas, preparación para el cambio, recaída/uso continuado/potencial de problema continuo y entorno de recuperación.

### **Tratamiento residencial y gestión de retiro**

**Los servicios asam 3.1** son servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente con estructura las 24 horas y personal disponible, y al menos 5 horas de servicios de tratamiento clínico por semana.

### ASAM LOC 3.1 – RESIDENCIAL DE BAJA INTENSIDAD

Número de instalaciones distintas		79
Número de camas autorizadas	3,061	
Número de camas exclusivas /propias del condado	2,083	
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	8,178	
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	395,750	
Duración media de la estancia (ejercicio fiscal 2017- 2018)	43,4 Días	

#### Características del centro de atención

- Los entornos residenciales de baja intensidad (ASAM 3.1) incluyen 79 instalaciones distintas y hasta 3.061 camas autorizadas. 2.083 de las camas están bajo contrato con DPH.
- Las instalaciones residenciales de baja intensidad (ASAM 3.1) pueden alojar a jóvenes (137 usuarios únicos) y adultos (7.919 usuarios únicos).
- La duración media de la estancia es de 43,4 días.

**Los servicios de ASAM 3.2** son servicios de gestión de retiro residencial clínicamente administrados para personas sometidas a retiro moderado que requiere apoyo las 24 horas.

### ASAM LOC 3.2 – GESTIÓN DE RETIROS RESIDENCIALES

Número de instalaciones distintas		43
Número de camas autorizadas	1,827	
Número de camas exclusivas /propias del condado	1,229	
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	2,699	
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	18,825	
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	5,6 Días	

#### Características del centro de atención

- La gestión de retiros residenciales/entornos administrados clínicamente (ASAM 3.2) incluyen 43 instalaciones distintas y hasta 1.827 camas autorizadas. 1.229 de las camas están bajo contrato con DPH.
- Las instalaciones de gestión de retiro residencial/administradas clínicamente (ASAM 3.2) incluyeron 2,544 usuarios únicos durante el año fiscal 2017-2018.
- La duración media de la estancia es de 5,6 días.

**Los servicios de ASAM 3.3** son servicios residenciales de alta intensidad, administrados clínicamente con consejeros disponibles las 24 horas del día, los 7 años de la semana, con un entorno menos intenso para aquellos con deficiencias cognitivas y de otro tipo.

ASAM LOC 3.3 – RESIDENCIAL DE ALTA INTENSIDAD – ESPECÍFICO DE LA POBLACIÓN	
Número de instalaciones distintas	11
Número de camas autorizadas	718
Número de camas exclusivas /propias del condado	490
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	409
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	15,571
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	35,7 Días

### Características del centro de atención

- Los entornos específicos de población residencial de alta intensidad (ASAM 3.3) incluyen 11 instalaciones distintas y 718 camas autorizadas. 490 de las camas están bajo contrato con DPH.
- Las instalaciones residenciales específicas de población residencial de alta intensidad (ASAM 3.3) incluyeron 409 usuarios únicos durante el año fiscal 2017-2018.
- La duración media de la estancia es de 35,7 días.

ASAM LOC 3.5 – RESIDENCIAL DE ALTA INTENSIDAD	
Número de instalaciones distintas	60
Número de camas autorizadas	2,399
Número de camas exclusivas /propias del condado	1,596
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017- 2018)	2,248
Total de días de cama (año fiscal 2018)	96,120
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	39,6 Días

### Características del centro de atención

- Los entornos residenciales/no específicos de población de alta intensidad (ASAM 3.5) incluyen 60 instalaciones distintas y 2.399 camas autorizadas. 1.596 de las camas están bajo contrato con DPH.
- Las instalaciones residenciales/no específicas de alta intensidad (ASAM 3.5) incluyeron 2,248 usuarios únicos durante el año fiscal 2018 (incluidos 123 jóvenes).
- La duración media de la estancia es de 39,6 días.

## **Manejo de la abstinencia aguda**

***Los servicios de ASAM 3.7*** incluyen atención de enfermería las 24 horas con disponibilidad médica.

#### ASAM LOC 3.7 – GESTIÓN DE LA ABSTINENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS MÉDICAMENTE MONITOREADA

Número de instalaciones distintas	2
Número de camas autorizadas	10
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	746
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	5,302
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	6,4 Días

#### Características del centro de atención

- Las instalaciones específicas supervisadas médicamente para el manejo de la abstinencia de pacientes hospitalizados (ASAM 3.7) incluyeron a 746 usuarios únicos durante el año fiscal 2017-2018.
- La duración media de la estancia es de 6,4 días.

**Los servicios asam 4.0** implican monitoreo médico 24/7 con acceso 24/7 a médicos y personal de enfermería. Estos servicios se proporcionan en un entorno similar al hospital.

#### ASAM LOC 4.0 – GESTIÓN DE LA RETIRADA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS ADMINISTRADA MÉDICAMENTE

Número de instalaciones distintas	2
Número de camas autorizadas	10
Número de camas exclusivas /propias del condado	0
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	6
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	14
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	N/D

#### Características del centro de atención

- Las instalaciones específicas administradas médicamente por la administración de retiros de pacientes hospitalizados (ASAM 4.0) incluyeron solo 6 usuarios únicos durante el año fiscal 2018.

#### Vivienda sobria de la vida/del puente de la recuperación

**La vivienda puente de vida/recuperación sobria** es un tipo de vivienda basada en la abstinencia y apoyada por pares que combina un subsidio para residencias de recuperación con tratamiento ambulatorio concurrente. Aunque el apoyo para el tratamiento de SUD no se proporciona en el RBH, el apoyo entre pares, las reuniones grupales y domésticas, la autoayuda y el desarrollo de habilidades para la vida, y otros servicios orientados a la recuperación están disponibles.

Número de instalaciones distintas	18
Número de camas exclusivas /propias del condado	926

Nivel de capacidad de utilización de la atención		523
Usuarios únicos no duplicados (año fiscal 2017-2018)	1,334	
Total de días de cama (año fiscal 2017-2018)	81,441	
Duración media de la estancia (año fiscal 2017-2018)	56,4 Días	

### Características del centro de atención

- Las instalaciones específicas de vivienda de vida/ recuperación sobria incluyeron a 1,334 usuarios únicos durante el año fiscal 2017-2018.
- La duración media de la estancia es de 56,4 días.

En el cuadro 15 se muestra el usuario único por niveles de ASAM y RBH, así como los días de cama agregados y la duración media de la estancia por categorías de atención residencial.

### mesa 15. – único Usuarios cama Días promedio largura de quedar – Agregado por Sud residencial cuidado ajuste Categorías – Fy 2017-2018

Nivel ASAM	Usuarios únicos	Días de cama	Duración Medio de la estancia (días)
3.1	8,178	395,750	43.4
3.3	409	15,571	35.7
3.5	2,248	96,120	39.6
<b>total</b>	<b>9,928*</b>	<b>507,441</b>	<b>42.4</b>
3.2	2,699	18,825	5.6
3.7	746	5,302	6.4
4.0	6	14	N/D
<b>total</b>	<b>3,304*</b>	<b>24,141</b>	<b>5.8</b>
RBH	1,334	81,441	56.4

\*El total incluye a las personas que pueden estar representadas en múltiples niveles de ASAM dentro de la categoría de centro de atención y, por lo tanto, no son acumulativas.

Las conclusiones pertinentes incluyen:

- ASAM Nivel 3.1 es el servicio más utilizado en todo el continuo de atención residencial SUD;
- Los niveles 3.2 y 3.5 de la ASAM tienen un número comparable de usuarios únicos durante el período objeto de examen;
- La duración media de la estancia es menor (5,8 días) en entornos más restrictivos de atención del tratamiento de la abstinencia aguda; y

- La duración promedio de la estadía en viviendas de puente de recuperación es de aproximadamente 2 meses.

# 6

## MEMBER FLOW EFFICIENCY ASSESSMENT

Mercer buscó evaluar la eficiencia del flujo de pacientes a través de cada nivel de atención para ayudar a distinguir si la imposibilidad de acceder a la atención o los retrasos en la admisión a los niveles de atención hospitalaria y residencial se atribuían únicamente a la capacidad insuficiente o estaban relacionados con la efectividad en la que se administraban los recursos existentes.

Para apoyar el análisis, Mercer examinó las siguientes fuentes de datos e información:

- Duración promedio de la estadía para cada tipo de instalación (MH) o categoría de centro de atención (SUD);
- Tasas de readmisión de MH de 7 y 30 días con tendencia. Para las categorías de instalaciones de atención de SUD, Mercer revisó las tasas de readmisión de 3 meses y 6 meses;
- Datos agregados de autorización para hospitales de pago por servicio y hospitales operados por el DHS para discernir la proporción de días agudos, administrativos y denegados (solo MH);
- Datos de la lista de espera de instalaciones designadas recopilados por DMH (solo MH); y
- Resultados de consultas sucesivas de la herramienta en línea de uso de sustancias y disponibilidad de camas de DPH (solo SUD);

### CLIENTFLOW – MENTAL HEALTH INPATIENT AND RESIDENTIAL LEVELS OF CARE

#### Duración media de la estancia

La duración media de la estancia en cada centro de atención demuestra cuánto tiempo ocupan los individuos una cantidad finita de camas. La medida puede ser un indicador valioso del flujo de clientes, ya que la duración promedio de la estadía revela el grado en que la capacidad de la cama se vuelco para crear vacantes para otras personas que necesitan el entorno de atención para la estabilización, la supervisión y / o las intervenciones clínicas.

Se debe tener precaución al interpretar los resultados de la duración media de la estancia. La medida de la duración media de la estancia puede no ser una métrica óptima porque los datos no se distribuyen normalmente. A través de una revisión del conjunto de datos de los entornos seleccionados de los establecimientos de atención, se determinó que hay grupos de personas que permanecen durante un período prolongado de tiempo, y a la inversa, hay un grupo de individuos con períodos de estadía muy breves. Como tal, la distribución de los datos carece de uniformidad o centralización y no hay un

predominio de los episodios de atención que son similares en duración. Más bien, la mayoría de los episodios de atención en algunos de los entornos de atención revelan conjuntos de breves períodos de estadía, así como agrupaciones de períodos de estadía más largos. Como resultado, interpretar la duración promedio de la estadía en estos entornos de atención puede ser engañoso.

Tabla 16 – muestra la duración promedio de la estadía para cada centro de atención hospitalaria y residencial de MH.

**Tabla 16. – Duración promedio de la estancia, MH internado y entornos de atención residencial (año fiscal 2017)**

Sub unidades de categoría de configuración de atención		Todas las edades
Resolución de crisis y triaje	Psiquiátricas, Centros de Atención de Urgencia, Unidades de Estabilización de Programas de tratamiento residencial de crisis	15-30 horas*
	Hospitales de pago por servicio (incluidos los independientes)	7.5**
Nivel 1 – Hospital de hospitalización aguda	Hospitales operados por el Condado/DHS	22.3
	Instalaciones de Short-Doyle	16.8
	Establecimientos de salud psiquiátrica	27.4
	Hospitales estatales	531.0
Nivel 2 – Subago	especializado	342.7
	General	122.0***
Nivel 3 – Residencial comunitario	Instalaciones de tratamiento comunitario (jóvenes)	352.3
	Servicios residenciales enriquecidos	234.6
	Programa terapéutico residencial a corto plazo (STRTP)	148.5

\*Según lo informado por el personal del hospital del condado operado por el DHS

\*\*Los datos solo reflejan a los miembros adultos

Más de la mitad de los casos individuales examinados implicaron períodos de estancia de 14 días o menos, lo que redujo significativamente el cálculo de ALOS para este centro de atención.

Los hallazgos relevantes para la atención hospitalaria y residencial que establecen la duración promedio de la estadía incluyen:

- Los hospitales de pago por servicio se caracterizan por la menor duración de la estancia (7,5 días/adultos) que cualquier otro tipo de centro incluido en el análisis;
- Los hospitales operados por el condado/DHS registraron una duración promedio de estadía de 22.3 días; casi tres veces más que los hospitales de pago por servicio;
- La duración media de la estancia en Short-Doyle Facilities es de 16,8 días. En la actualidad, los centros reciben un reembolso sobre la base de la tasa de casos por los 17 días iniciales de atención;
- Los centros de salud psiquiátrica tienen una duración media de la estancia de 27 días, impulsada, en parte, por estancias prolongadas para niños y adultos mayores;

- Los hospitales estatales tienen la mayor duración de estancia, con un promedio de 531 días;

- Para los niños, adolescentes y jóvenes en edad de transición, la duración media de la estancia en centros de tratamiento comunitarios (352 días) es superior al doble de la duración media de la estancia en programas terapéuticos residenciales a corto plazo (149 días); y
- Los programas de tratamiento residencial de crisis están diseñados para una duración media de estancia entre 14 y 30 días. El análisis encontró que estas instalaciones tienen una duración media de la estancia de 21 días.

### Tasas de readmisión de MH de 7 y 30 días

Las tasas de readmisión de MOS son una medida importante de la utilización y a menudo ilustran la efectividad de la planificación del alta, la coordinación de la atención y /o la idoneidad del alta. Los centros de atención que demuestran tasas persistentes y altas de readmisiones de 7 y 30 días interrumpen el flujo de clientes a entornos de servicio menos intensivos y crean ineficiencias dentro del sistema de atención.

Los resultados de la tasa de readmisión de 7 y 30 días se calcularon para determinados tipos de instalaciones de salud en las que el numerador cumplió o superó al menos 30 casos durante el período de medición. Para los fines del análisis, Mercer solo calculó las readmisiones a tipos de instalaciones dentro de una categoría de configuración de atención designada. Por ejemplo, la categoría de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos incluye los siguientes tipos de instalaciones: hospitales de servicio de pago, hospitales de condado operados por el DHS, instalaciones de Short-Doyle y centros de atención médica psiquiátrica. Una re-admisión se registró cuando un individuo fue dado de alta de uno de los tipos de centro calificado y luego fue readmitido posteriormente a ese mismo tipo de centro u otro tipo de centro dentro de la categoría de establecimiento de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados dentro de los 7 o 30 días.

Los datos se presentan en un formato longitudinal para apoyar un análisis de las readmisiones durante los dos últimos ejercicios fiscales en los que se disponía de datos (ejercicio fiscal 2017 y ejercicio fiscal 2016). Se presentan salidas separadas para niños y adultos.

### mesa 17. – 7 días readmisión Tarifas Para el mismo cuidado ajuste categoría salud mental Paciente hospitalizado y residencial cuidado Configuración niños y adultos (Año fiscal 2017 – 2016)

Población: Niños		
Tipo de instalación	Tasa de readmisión a 7 días (2017)	Tasa de readmisión a 7 días (2016)
Pago por servicio	5.5%	6.8%
Corto-Doyle	5.2%	5.1%
Población: Adultos		
Tipo de instalación	Tasa de readmisión a 7 días (2017)	Tasa de readmisión a 7 días (2016)
Pago por servicio	19.1%	19.4%
Condado/DHS operado	7.9%	9.5%
Corto-Doyle	2.6%	5.8%
Centro de Salud Psiquiátrica	11.4%	11.4%

Los hallazgos relevantes para las tasas de readmisión de 7 días en determinados entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos incluyen:

- Las tasas de readmisión de 7 días para los niños oscilaron entre el 5% y el 7% para los hospitales de pago por servicio y las instalaciones de Short-Doyle durante ambos períodos de medición;
- Las tasas de readmisión de 7 días para adultos revelaron que los hospitales de pago por servicio registraron las tasas más altas en todos los tipos de instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados de MH durante ambos años fiscales. Se determinó que las instalaciones de Short-Doyle tenían las tasas de readmisión de 7 días más bajas de los tipos de instalaciones revisadas; y
- Las tasas de readmisión de adultos de 7 días para hospitales de pago por servicio son casi 2.5 veces más altas que las tasas de readmisión de 7 días observadas para los hospitales del condado operados por el DHS durante el año fiscal 2017.

En la Tabla 18 se muestran las tasas de readmisión de 30 días para determinados entornos de atención hospitalaria y residencial de MH.

**mesa 18. – 30 días readmisión Tarifas Para el mismo cuidado ajuste categoría mental Salud Paciente hospitalizado y residencial cuidado Configuración niños y adultos (Año fiscal 2017 – 2016)**

Población: Niños			
Tipo de instalación	Tasa de readmisión a 30 días (2017)	Tasa de readmisión a 30 días (2016)	
Pago por servicio	16.1%	17.8%	
Corto-Doyle	12.5%	13.0%	
Población: Adultos			
Tipo de instalación	Tasa de readmisión a 30 días (2017)	Tasa de readmisión a 30 días (2016)	
Pago por servicio	37.8%	38.7%	
Condado/DHS operado	20.5%	20.9%	
Corto-Doyle	8.1%	9.2%	
Centro de Salud Psiquiátrica	24.8%	26.8%	

Los hallazgos relevantes para las tasas de readmisión a 30 días en determinados entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos incluyen:

- Casi 4 de cada 10 personas adultas dadas de alta de un hospital de pago por servicio experimentaron un ingreso dentro de los 30 días a otro tipo de centro dentro de la categoría de atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados durante cada período de revisión. En contraste, una de cada cinco personas adultas dadas de alta de un hospital del condado operado por el DHS fue readmitida dentro de los 30 días.
- Las instalaciones de Short-Doyle registraron las tasas más bajas de readmisión de 30 días para niños y adultos en ambos años fiscales.
- Los centros de salud psiquiátrica registraron tasas de readmisión de 30 días de aproximadamente el

25% durante ambos períodos de examen.

**Datos de autorización (hospitales de pago por servicio y hospitales del condado operados por el DHS)**

La medida en que un hospital hospital de agudos está incurriendo en autorizaciones administrativas y / o denegadas puede ser indicativo de que la población miembro ubicada en la instalación podría recibir más apropiadamente

cuidado en un ajuste alternativo si un arsenal de opciones del tratamiento estaba fácilmente disponible y está dispuesto a aceptar al individuo para la admisión.

Mercer realizó un análisis de los datos de autorización disponibles para hospitales de pago por servicio y hospitales de condado operados por el DHS. Un miembro que ocupa una cama en una de estas instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados agudos está determinado a cumplir con uno de los tres tipos de autorización:

**Autorización aguda** : se considera que el miembro cumple con los criterios de necesidad médica, se garantiza la estadía continua en un hospital de pacientes hospitalizados agudos y el centro de tratamiento se reembolsa a la tarifa completa de viáticos contratados;

**Autorización administrativa** : el miembro no cumple con los criterios de necesidad médica, pero hay evidencia de que el miembro está esperando una baja apropiada a otro centro de atención para el tratamiento continuo. En estas circunstancias, el hospital de pacientes hospitalizados de agudos recibe un pago de viáticos por días administrativos, pero la cantidad se reduce de la tarifa total de viáticos contratados que se ofrece a los miembros que cumplen con todos los criterios de necesidad médica aplicables; o

**Autorización denegada** : el miembro no cumple con los criterios de necesidad médica y hay una ausencia de un plan de alta definitivo o el alta del miembro del hospital de pacientes hospitalizados agudos es inminente o está pendiente del arreglo de apoyos comunitarios apropiados. Bajo el estado de autorización denegada, el hospital de pacientes hospitalizados de agudos no recibe ningún reembolso o pago por la estadía del miembro.

Todos los hospitales de pago por servicio deben presentar solicitudes de autorización de revisión retrospectiva a la Unidad de Solicitud de Autorización de Tratamiento de DMH del Condado. Este equipo luego realiza una revisión clínica para determinar si la estadía del miembro satisface la necesidad médica. Para los hospitales del condado operados por el DHS, cada centro tiene un equipo de revisión de utilización en el sitio designado que completa una revisión clínica de cada paciente cada día y genera una decisión de autorización (por ejemplo, aguda, administrativa o denegada).

Todas las decisiones de autorización dictadas por DMH y DHS están sujetas a una auditoría anual realizada por la agencia de Medicaid del estado en la que se examina una muestra de casos para evaluar la idoneidad de la decisión de revisión de autorización inicial. Si los resultados de la auditoría demuestran un grado inaceptable de congruencia, dmh y / o DHS podría estar sujeto a la recuperación de los fondos del programa.

La Tabla 19 ilustra el porcentaje desproporcionado de días administrativos autorizados en los hospitales del condado operados por el DHS en comparación con la red de hospitales de pago por servicio. Los días administrativos representan casi 3 veces más de los días totales de cama en los hospitales del condado

que los hospitales de pago por servicio. Es probable que múltiples factores estén influyendo en estos resultados, incluida la agudeza de la población atendida, el volumen de miembros en el estado de curatela de LPS y los tiempos de espera extendidos para acceder a las instalaciones de paso a paso.

**Tabla 19 – Porcentaje de días administrativos autorizados como porcentaje de todos los días de cama – Año fiscal 2017**

Tipo de instalación	% – Días agudos	% – Días administrativos	% – Días denegados
Hospitales de pago por servicio	74.9%	11.7%	13.4%
Hospitales del Condado operados por el DHS	27.0%	25.5%	47.6%

Un análisis posterior de las razones de denegación para los hospitales del condado operados por el DHS revelan que casi el 80% de todos los días denegados se atribuyen al código de razón 70 (nivel inferior de atención = días no facturables) o al código de razón 50 (el paciente no cumple con los criterios administrativos para el alta al hogar, refugio o calle). Este hallazgo ilustra una necesidad insatisfecha significativa de entornos de atención alternativos para los miembros que ya no requieren tratamiento hospitalario para pacientes hospitalizados agudos.

#### **Datos de la lista de espera de los establecimientos de atención (DMH)**

Como una de sus funciones, DMH opera como un guardián para los miembros que necesitan acceso a hospitales estatales, instalaciones subagudas (generales y especializadas), instalaciones de Short-Doyle, instalaciones de salud psiquiátrica (solo para adultos), servicios residenciales enriquecidos y programas de tratamiento residencial de crisis. El personal clínico de DMH recibe y evalúa los paquetes de referencia para los niveles designados de atención, evalúa las necesidades clínicas de los miembros y/o determina la preparación para el alta.

DMH realiza un triaje clínico y realiza un seguimiento de las referencias de un nivel de atención basado en el centro a otro nivel de atención que se considera apropiado para satisfacer las necesidades del miembro. DMH desarrolló y proporcionó un archivo de datos, que se extrajo de varios otros registros y fuentes de datos para apoyar una evaluación inicial de la atención basada en el centro y para ayudar a identificar las tendencias en los tipos de instalaciones de lista de espera y los tiempos de lista de espera.

#### **Metodología de lista de espera**

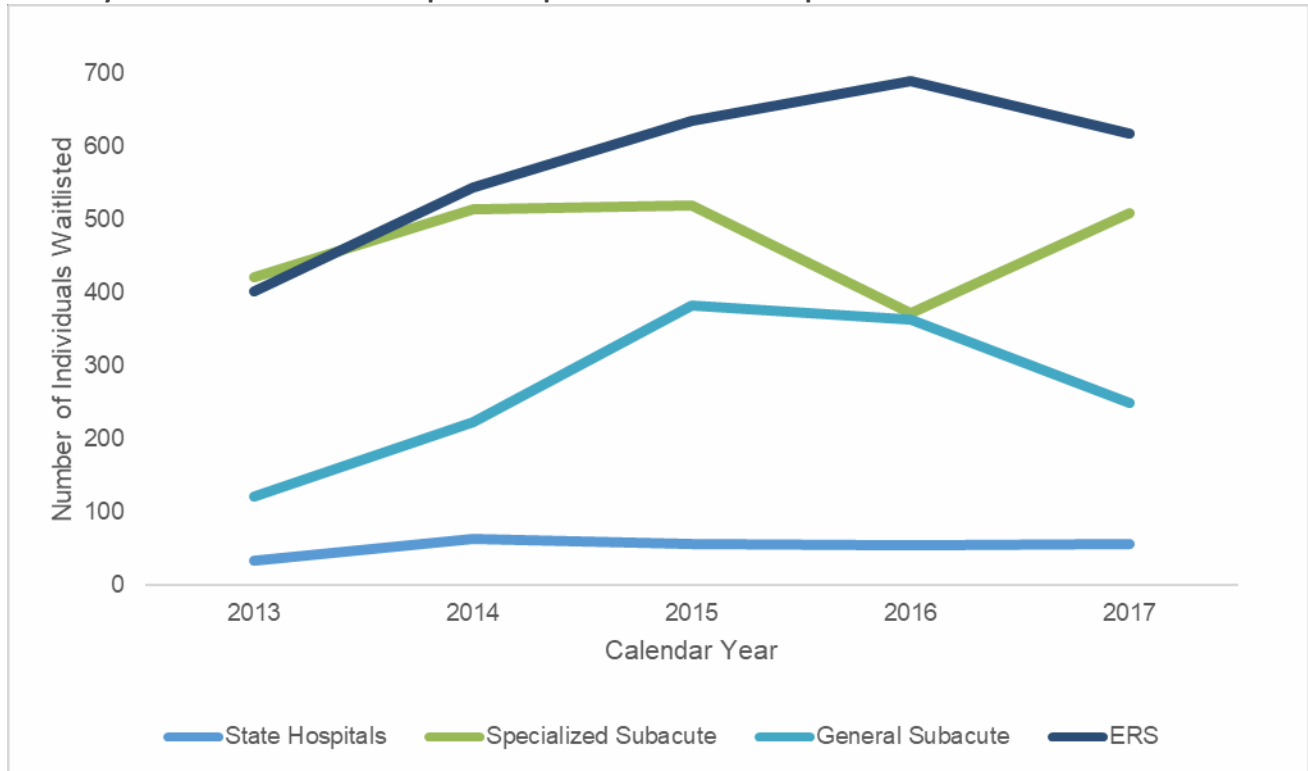
Los datos de DMH incluyeron referencias para su colocación en uno de los cinco entornos (hospitales estatales, subagudos especializados, subagudos generales, servicios residenciales enriquecidos y programas de tratamiento residencial en crisis). Los entornos de los programas de tratamiento residencial de crisis se excluyeron del análisis debido a un bajo volumen de referencias (es decir, siete filas de datos).

Los individuos fueron categorizados de acuerdo con el año en que ocurrió el evento de la lista de espera. Los datos individuales de la lista de espera se excluyeron si la fecha en que el individuo fue colocado en la lista de espera no ocurrió dentro del período de tiempo 2013-2017. Los datos se

clasificaron en eventos de lista de espera que resultaron en admisiones y eventos de lista de espera que no resultaron en admisiones. Los nombres de campo de las instalaciones de referencia utilizados para el análisis incluyen el contrato del condado, el hospital del condado, el pago por servicio, la cárcel y el hospital estatal.

El gráfico y la tabla 20 muestran las tendencias en el número de individuos colocados en una lista de espera para cada tipo de instalación de MH.

**Gráfico y Tabla 20. – Número de personas puestas en lista de espera**

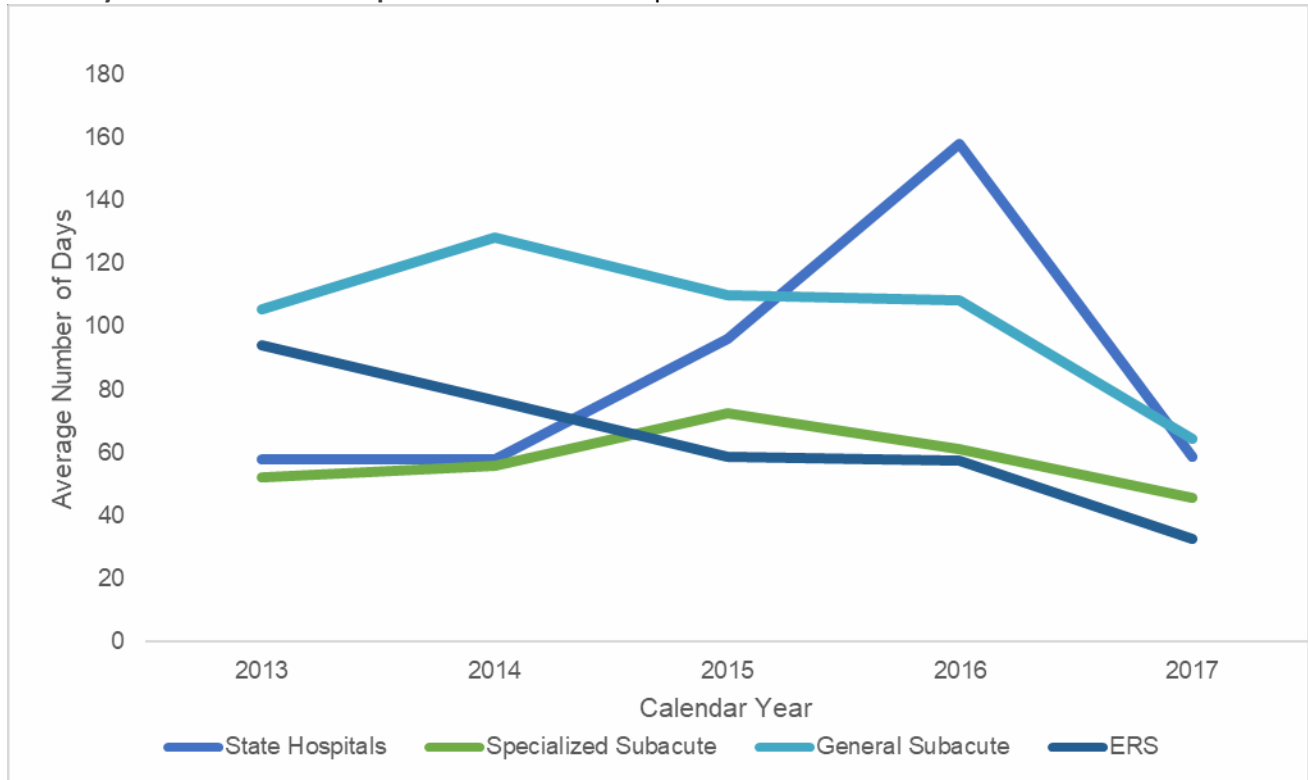


Instalación referida						Cambio porcentual (2013-2017)
	2013	2014	2015	2016	2017	
Hospitales estatales	33	62	56	54	56	69,7%
Subagudo especializado	420	514	520	371	508	21,0%
Subagudo general	121	223	382	363	249	105,8%
Ers	402	543	635	689	617	53,5%
<b>total</b>	<b>976</b>	<b>1,342</b>	<b>1,593</b>	<b>1,477</b>	<b>1,430</b>	<b>46,5%</b>

Todos los centros de atención están asociados con aumentos en el número total de personas en lista de espera entre el año fiscal 2013 y el año fiscal 2017. Los centros de atención subaguda general han experimentado un aumento de más del 100% durante este período de tiempo. Durante el año fiscal 2017, había más de 500 personas en una lista de espera para una cama subaguda especializada.

El siguiente gráfico y tabla ilustra el número promedio de días que las personas estuvieron en una lista de espera antes de ser colocadas, por tipo de instalación de MH.

**Gráfico y Tabla 21 – Número promedio de días en espera de colocación**



**Número medio de días en lista de espera por año**

Instalación referida	2013	2014	2015	2016	2017	Cambio porcentual (2013-2017)
Hospitales estatales	57.8	57.9	96	158	58.6	1,4%
Subagudo especializado	52.1	55.8	72.6	61.2	45.6	12,5%
Subagudo general	105.5	128.1	110	108.4	64.5	38,9%
Ers	94.1	76.6	58.5	57.5	32.5	65,4%
<b>total</b>	<b>75.2</b>	<b>76.3</b>	<b>76.1</b>	<b>72.4</b>	<b>43.7</b>	<b>41,8%</b>

El número promedio de días que las personas se mantuvieron en una lista de espera generalmente ha disminuido con el tiempo, con la excepción de las personas que esperan una cama de hospital estatal. Los servicios residenciales enriquecidos experimentaron la caída más pronunciada desde el año fiscal 2013, con un promedio de 32 días en

Año fiscal 2017. Los tiempos de espera promedio para los centros de atención subaguda especializada y general persisten durante 6 semanas a 2 meses, respectivamente.

No todos los individuos colocados en una lista de espera fueron colocados dentro de los intervalos de tiempo incluidos en el conjunto de datos, como se presenta en la Tabla 22. El archivo de datos de la lista de espera de DMH no especificó las razones por las que un individuo no fue colocado después de ser

referido a uno de los ajustes de atención designados.

**Tabla 22. – Porcentaje de personas que permanecen en lista de espera**

Tipo de instalación	2013	2014	2015	2016	2017	total
estado	9%	6%	25%	25%	13%	14%
Subagudo especializado	14%	18%	25%	35%	28%	25%
Subagudo general	33%	23%	54%	56%	27%	37%
Ers	27%	27%	45%	42%	33%	32%
<b>Total general</b>	<b>21%</b>	<b>22%</b>	<b>40%</b>	<b>43%</b>	<b>29%</b>	<b>30%</b>

Los datos de la lista de espera de DMH (en términos del volumen de personas colocadas en una lista de espera y el número promedio de días incurridos antes de que se ejecute una colocación) muestran cómo se interrumpe el flujo de clientes para las personas que necesitan acceso a estos centros de atención. En la mayoría de los casos, las personas que esperan entornos de atención administrada por CMR están ocupando días de hospitalización de pacientes hospitalizados agudos en estado de autorización administrativa, un nivel de servicio que no es médicamente necesario o apropiado para la presentación clínica de la persona. A su vez, este escenario está creando desafíos para admitir adecuadamente a otras personas que sí requieren la intensidad de los servicios de un entorno hospitalario agudo. La incapacidad para acceder oportunamente a la atención dentro de estos entornos residenciales subagudos y de salud móvil es un indicador de que puede ser necesaria una mayor capacidad de camas.

#### CLIENTFLOW – SUD RESIDENTIAL LEVELS OF CARE

##### Duración media de la estancia

Similar al análisis de MH, la duración promedio de la estancia en cada centro de atención de SUD demuestra cuánto tiempo, en promedio, que los individuos persisten en el tratamiento. La medida es un indicador valioso del flujo de clientes, ya que la duración promedio de la estadía revela la medida en que los individuos completan lo que suele ser una duración prescrita del tratamiento dentro de un entorno de atención de SUD supervisado.

La Tabla 23 muestra la duración promedio de la estadía para la categoría de atención sud.

**Tabla 23. – Duración promedio de la estancia (días), categorías de atención de SUD, todas las edades (año fiscal 2017-2018)**

Categoría de configuración	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		Adultos	Todas las	
	ASAM 4.0 Gestión de retiros de pacientes hospitalizados	N/A	N/A	N/D
<b>total</b>		<b>5.1</b>	<b>5.8</b>	<b>5.8</b>
Nivel 2 – Tratamiento Residencial	ASAM 3.5 Población Residencial de No-Alta Intensidad Específica	29.7	40.1	39.6
	ASAM 3.3 Población residencial de alta intensidad específica	41.8	35.6	35.7
	ASAM 3.1 Residencial de Baja Intensidad perinatal	38	43.5	43.4



Categoría de configuración	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		juventud	adultos	Todas las
total		34.2	42.6	42.4
Nivel 4 – Vivienda sobria	Vivienda puente de recuperación	N/D	56.4	56.4
total			56.4	56.4

Los hallazgos relevantes para la atención de SUD que establece la duración promedio de la estadía incluyen:

- Los servicios de gestión de la abstinencia aguda se caracterizan por la menor duración de la estancia (5,8 días);
- Los niveles de ASAM de tratamiento residencial demuestran que la duración de la estancia suele superar los 30 días por episodio de tratamiento; y
- Recovery Bridge Housing registró una duración media de estancia de 56,4 días.

#### Tasas de readmisión en los establecimientos de atención sud

Las tasas de readmisión de SUD son una medida importante de la utilización y la efectividad del tratamiento de SUD para condiciones con tasas de remisión relativamente altas. Los centros de atención que demuestran tasas persistentes y altas de readmisiones de tres y seis meses pueden ilustrar los desafíos con la participación del cliente y los apoyos adecuados posteriores al alta para ayudar a mantener períodos de sobriedad y estabilidad.

Se calcularon los resultados de la tasa de readmisión de tres meses y seis meses para las categorías selectas de establecimiento de atención de sud y los grupos de nivel de ASAM asociados. Algunos episodios de atención en el archivo de datos de utilización incluyeron transiciones a otro nivel de atención de ASAM. En estos casos, Mercer reconoció la LOC asam inicial para cada estancia como parte del cálculo de las admisiones totales (es decir, denominador para cada cálculo de readmisión).

Se presentan datos para el año fiscal 2017-2018. Se presentan salidas separadas para niños y adultos.

#### mesa 24. – Tres meses readmisión Tarifas Para el mismo cuidado ajuste categoría Sud residencial cuidado Configuración niños y adultos (Año fiscal 2017-2018)

Categoría de configuración de	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		Niños	Adultos	Todas las
Nivel 1 – agudo	ASAM 4.0 Hospitalización retirada			
Administración	Gestión de retiros médicamente administrado			
ASAM 3.7	Gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados, médicamente monitoreada			
ASAM 3.2	Gestión de retiros residenciales clínicamente administrados			
total		N/D	14,5%	14.5%

Categoría de configuración de	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		Niños	Adultos	Todas las
Nivel 2 – Tratamiento Residencial	ASAM 3.5 Residencial de alta intensidad no específica de la población ASAM 3.3 Población Residencial de Alta Intensidad Específica ASAM 3.1 Residencial de Baja Intensidad + perinatal			
<b>total</b>		<b>9.4%</b>	<b>14.9%</b>	<b>14.8%</b>

Los hallazgos relevantes para las tasas de readmisión de tres meses en los entornos de atención residencial de SUD incluyen:

- Las tasas de readmisión de tres meses para el manejo de la abstinencia aguda y el tratamiento residencial y las categorías de establecimiento de atención de la gestión de la abstinencia son comparables.

**mesa 25. Seis meses readmisión Tarifas Para el mismo cuidado ajuste categoría Sud y residencial cuidado Configuración niños y adultos (Año fiscal 2017- 2018)**

Categoría de configuración de	Sub-Unidades	Grupos de edad		
		Niños	Adultos	Todas las
Nivel 1 – Manejo de la abstinencia aguda	ASAM 4.0 Gestión de retiros de pacientes hospitalizados ASAM 3.7 Gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados, médicamente monitoreada ASAM 3.2 Gestión de retiros residenciales clínicamente administrados			
<b>total</b>		<b>N/D</b>	<b>33.2%</b>	<b>33.2%</b>
Nivel 2 – Tratamiento Residencial	ASAM 3.5 Residencial de alta intensidad No específica de la población ASAM 3.3 Población Residencial de Alta Intensidad Específica ASAM 3.1 Residencial de Baja Intensidad + perinatal			
<b>total</b>		<b>16.2%</b>	<b>30.0%</b>	<b>29.6%</b>

Los hallazgos relevantes para las tasas de readmisión de seis meses en los entornos de atención residencial de SUD incluyen:

- Casi una de cada tres admisiones dentro de los seis meses constituye una readmisión en la categoría de centro de atención de manejo de retiro agudo; y
- Para la categoría de centro de tratamiento residencial de nivel 2, se registraron más de 1.200 readmisiones dentro de los seis meses posteriores a la admisión inicial.

### **Sud Bed Disponibilidad Tracker**

El Servicio en Línea de DPH y la Herramienta de Disponibilidad de Camas (SBAT, por sus contra 1500) es una herramienta basada en la web que proporciona un panel de servicios disponibles de uso de sustancias en todo el condado de Los Ángeles, que incluye: tratamiento ambulatorio e intensivo ambulatorio, diferentes niveles de tratamiento residencial y gestión de la abstinencia, programas de tratamiento de opioides (clínicas de metadona), viviendas de puente de recuperación y programas de conducción bajo la influencia. Las disponibilidades de servicios identificadas a través del SBAT están destinadas a ser actualizadas diariamente<sup>51</sup>.

Mercer preguntó y registró la disponibilidad de camas para los niveles de ASAM objetivo utilizando el SBAT en cinco ocasiones diferentes entre el 25 de febrero de 2019 y el 18 de abril de 2019. La disponibilidad de camas por adultos y jóvenes, el género y el nivel asam y la vivienda puente de recuperación se presenta en la Tabla 26.

---

<sup>51</sup> <https://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/>

**mesa 26. – cama disponibilidad para ASAM Niveles y recuperación puente vivienda adultos y juventud por género**

Cliente servido	Disponibilidad de camas				
	2/25/2019	3/8/2019	3/22/2019	4/4/2019	4/18/2019
<b>RBH*</b>					
Tot al Adult Fem ale	9	2	4	3	6
Total de hombres adultos	3	4	1	2	3
Tot al Youth Fem ale	0	0	0	0	0
Total de jóvenes varones	0	0	0	0	0
<b>ASAM Nivel 3.1</b>					
Tot al Adult Fem ale	25	41	32	36	26
Total de hombres adultos	9	4	2	0	6
Tot al Youth Fem ale	16	16	16	17	17
Total de jóvenes varones	16	16	16	17	17
<b>ASAM Nivel 3.2</b>					
Tot al Adult Fem ale	4	4	5	4	6
Total de hombres adultos	4	4	8	4	6
Tot al Youth Fem ale	0	0	0	0	0
Total de jóvenes varones	0	0	0	0	0
<b>ASAM Nivel 3.3</b>					
Tot al Adult Fem ale	0	5	0	N/D	0
Total de hombres adultos	0	0	0	N/D	0
Tot al Youth Fem ale	0	0	0	N/D	0
Total de jóvenes varones	0	0	0	N/D	0
<b>ASAM Nivel 3.5</b>					
Tot al Adult Fem ale	12	26	10	22	13
Total de hombres adultos	0	0	2	4	4
Tot al Youth Fem ale	15	10	15	15	15
Total de jóvenes varones	16	10	15	16	15
<b>Asam niveles 3.7 y 4.0</b>					
Tot al Adult Fem ale	2	2	2	2	2
Total de hombres adultos	2	2	2	2	2
Tot al Youth Fem ale	0	0	0	0	0
Total de jóvenes varones	0	0	0	0	0

Los hallazgos relevantes derivados de un análisis del SBAT demuestran lo siguiente:

- **Vivienda recovery-bridge** – No hay disponibilidad de camas para jóvenes mujeres o hombres;

- **ASAM Nivel 3.1, Residencial de Baja Intensidad + Perinatal** – Disponibilidad limitada de camas para hombres adultos;
- **ASAM Nivel 3.2, Gestión de retiro residencial, clínicamente administrado** – No hay disponibilidad de camas para jóvenes mujeres o hombres;
- **ASAM Nivel 3.3, Residencial de Alta Intensidad, Específico de la Población** – Restringido a ninguna capacidad para mujeres y hombres adultos y jóvenes;
- **ASAM Nivel 3.5, Residencial de Alta Intensidad, No Específico de la Población** – Disponibilidad limitada de camas para hombres adultos; y
- **Niveles 3.7 y 4.0 de ASAM, Manejo de la abstinencia de pacientes hospitalizados (administrados y monitoreados médicamente):** disponibilidad limitada de camas para mujeres y hombres adultos; y no disponibilidad de camas para jóvenes mujeres o hombres.

# 7

## STAKEHOLDER FINDINGS

Como parte de la evaluación integral de las necesidades de MH y SUD, Mercer recopiló, analizó e incorporó comentarios de múltiples foros y reuniones de partes interesadas. Las aportaciones de las partes interesadas se han organizado en temas que posteriormente han sido objeto de análisis y recomendaciones incluidos en el presente informe.

### Antecedentes y métodos

Entre el 8 de noviembre de 2018 y el 4 de enero de 2019, Mercer y TriWest Group, LLC (TriWest) facilitaron nueve grupos de partes interesadas en persona y dos entrevistas telefónicas con defensores, consumidores y familiares, proveedores y personal del Condado, y recibieron comentarios por escrito de ellos. El propósito de estos grupos de partes interesadas era obtener una comprensión de cómo los residentes del Condado acceden y utilizan los servicios de MH y SUD, con especial énfasis en la atención aguda, la atención subaguda y los niveles residenciales de atención. Los grupos de partes interesadas también se centraron en los servicios para las personas con MH y SUD que coexistían. El objetivo de estos grupos era aprender más sobre cómo los proveedores administran la capacidad, el flujo de pacientes y los programas, y cómo las personas experimentan el acceso a la prestación de atención.

Debido al período de tiempo limitado para recopilar información, las sesiones en persona de las partes interesadas se llevaron a cabo durante parte de las reuniones planificadas del Comité Asesor del Área de Servicio (SAAC) y la reunión de todos los proveedores de SAPC. Aproximadamente 50 participantes asistieron a cada reunión de la SAAC, lo que permitió entre 20 y 60 minutos en la agenda para la retroalimentación de las partes interesadas. Debido al tiempo limitado en los programas de las reuniones, hubo variabilidad en los detalles proporcionados en las reuniones. Es posible que las partes interesadas en cada sesión no hayan discutido completamente todos los desafíos del sistema. Las limitaciones de tiempo también limitaron el debate sobre los puntos fuertes. Sin embargo, hay temas importantes que surgieron de las sesiones de las partes interesadas.

Además de las sesiones de las partes interesadas en el sitio con los SAACs y los proveedores de SAPC, Mercer y TriWest realizaron una entrevista telefónica de seguimiento con un representante del Distrito 2, se reunieron con la Comisión de Salud Mental y recibieron comentarios escritos limitados de miembros individuales de la SAAC.

Durante este período de un mes, las conversaciones con las partes interesadas abordaron:

- La disponibilidad de servicios de MH y/o SUD contra las necesidades en el Condado, enfatizando la atención aguda, la atención subaguda, los niveles residenciales de atención, incluido el

tratamiento concomitante para la MH y las condiciones de uso de sustancias;

- Cómo los residentes del Condado y sus familias obtienen acceso a los servicios;

- Estrategias para ayudar con la transición y el alta del tratamiento;
- Estrategias para abordar las deficiencias en la capacidad de los servicios; y
- Recomendaciones de mejoras. **MEETING**

## **T H E M E S**

Si bien la mayoría de las áreas del condado discutieron necesidades similares, las partes interesadas en cada reunión de SAAC identificaron fortalezas únicas, brechas de servicio y desafíos. A continuación se resumen los temas de las reuniones de la SAAC.

### **Brechas y desafíos de servicio**

#### **Acceso a servicios para pacientes hospitalizados y residenciales**

No hay camas psiquiátricas locales para niños hospitalizados, lo que ha dado lugar a que los niños y jóvenes sean ingresados en un hospital local de cuidados intensivos para observación de tres días con tratamiento limitado y luego dados de alta sin remisión; si se colocan en un programa de hospitalización o residencial, está fuera del área de servicio (Bakersfield, Torrance o Ventura). En estos casos, los padres no pueden ver a su hijo o participar en el tratamiento debido a la distancia y la falta de transporte.

- No hay tratamiento residencial SUD para todas las edades.
- Hay desafíos relacionados con la obtención de la autorización médica para las personas que requieren atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.
- Hay brechas significativas en las camas de tratamiento para pacientes hospitalizados, las camas residenciales, las camas de refugio y los hogares de relevo en todas las edades.
- Hay brechas significativas en la asistencia a las personas cuando están dejando la atención hospitalaria, especialmente para aquellos con trastornos concomitantes.
- En algunas áreas del Condado, solo hay un proveedor de hospitalización psiquiátrica, lo que requiere que las personas y las familias usen los servicios fuera del área de servicio y obstaculiza la participación de la familia y la planificación efectiva del alta de regreso a su comunidad de origen.
- Las instalaciones residenciales no tienen que estar cerradas con llave, pero necesitan protocolos de tratamiento efectivos y un énfasis en el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

#### **capacidad**

- No hay suficientes camas de hospitalización para pacientes elegibles para la curatela. Hay largas duras estancias en estas camas junto con períodos de espera de hasta un año para acceder a la atención hospitalaria segura, lo que resulta en que las personas sean dadas de alta a la calle y perpetúen la falta de vivienda.

- Hay una necesidad de más camas de hospitalización SUD.

### **Falta de disponibilidad/acceso**

- El acceso a la atención es uno de los mayores problemas. Un plan para mejorar el acceso a la atención debe abordar las necesidades básicas (alimentación, refugio, transporte), las necesidades de servicio, los entornos acogedores (centros que no estigmatizan), el personal con experiencia y saludable, y los resultados orientados hacia el bienestar y la integración de la salud física, la salud física y el uso de sustancias.
- El acceso a la atención de urgencia para la salud, el trastorno de gastrointestinales y los servicios es limitado para las personas con trastornos concomitantes en todos los niveles de atención.
- Hay una falta de igualdad entre el tratamiento de MH y SUD. Si bien hay brechas en los servicios de salud, hay un tratamiento aún más limitado disponible para las personas con SUD. Además, el tratamiento de MH y SUD no está integrado. Hay programas que dicen abordar las necesidades de MH y SUD, pero no proporcionan el mismo nivel de tratamiento para abordar las necesidades de SUD (por ejemplo, pueden proporcionar a los clientes un "folleto" para ayudarlos con sus necesidades de SUD).
- Hay un acceso mínimo a las instalaciones cerradas.
- Antes y después de la hospitalización, faltan modos alternativos de tratamiento y apoyo como el respiro.
- Específico para los niveles subagudos de atención, uno de los mayores problemas es con los servicios de SUD. Hay proveedores de SUD que, según los informes, proporcionan servicios de trastornos concomitantes, pero las partes interesadas no han escuchado buenos informes sobre el acceso a estos servicios y si cumplieron con los criterios para el tratamiento del trastorno concomitante. Los proveedores están ubicados fuera del área de servicio y el acceso parece limitado.
- La disponibilidad de servicios no parece coincidir con el nivel de necesidad en el área de servicio. Hay servicios, pero para acceder a la atención hay que "ganar la lotería", tener un nivel crónico de necesidad que requiere hospitalización o ser encarcelado. Los casos leves se vuelven graves mientras las personas intentan conectarse con la atención.
- Hay una falta de conocimiento en la comunidad sobre dónde ir y a quién ver para acceder a los servicios; es difícil navegar por un sistema complicado. Las organizaciones sin fines de lucro ayudan a educar a la comunidad, pero hay que hacer más. DMH también lo intenta, pero su alcance es limitado. El nivel de motivación de una persona, en gran parte, determinará si participa en el tratamiento después del alta. Además, a menudo hay demoras (semanas) en el acceso a la atención, y el estigma y la negación siguen siendo un problema importante en la comunidad.

**Demanda/Necesidad**

- Sólo hay una unidad de crisis de atención de urgencia MH que sirve a todo el valle.
- No hay un proveedor de atención de urgencia dentro del área de servicio.

- El sistema de prestación de servicios abarca una amplia zona geográfica.
- No hay hospitales con sede en el condado en el área de servicio. Las personas deben abandonar el área de servicio para obtener atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Cinco hospitales han dejado de prestar atención psiquiátrica a pacientes hospitalizados. La falta de fondos es parte de la razón por la que no hay servicios para pacientes hospitalizados en el área de servicio.
- Hay brechas en la supervisión y el apoyo en la junta directiva y los centros de atención y hay una necesidad de programas más estructurados.
- Los servicios de SUD y MH se proporcionan actualmente por separado, se necesita una ubicación alternativa.
- Los hospitales descargan demasiado rápido en un modo de triaje (dirigido a personas con la enfermedad más grave o hospitalizaciones o encarcelamientos pasados). Este problema es uno de los principales contribuyentes a las hospitalizaciones repetidas y la recuperación insuficiente, y la comunidad necesita vivienda con servicios de apoyo o tratamiento residencial (hay largas esperas para la admisión) para abordar este problema. Hay una gran necesidad de un tratamiento residencial escalonado que conduzca a la pensión y la atención y a una vida independiente con servicios de apoyo.
- Hay una falta de atención informada sobre el trauma y no hay énfasis en la resiliencia y la recuperación.
- Existe una brecha significativa en los servicios de transporte a las instalaciones de tratamiento.

#### **puntualidad**

- Hay largas demoras en el acceso a la atención hospitalaria y al tratamiento residencial para todas las poblaciones. Las camas limitadas crean largas demoras en la recepción de atención durante una crisis. Debido a que no hay suficientes camas y no hay suficientes servicios de transporte, la gente no trata. Por lo general, las personas se sientan en crisis durante horas mientras esperan una colocación o transporte a una instalación.
- La duración de la estadía en el hospital puede ser de hasta ocho meses debido a la falta de alternativas de tratamiento comunitario, especialmente los programas de asociación de servicio completo para adultos y la vivienda.
- El acceso a las camas psiquiátricas para adultos consume mucho tiempo, ya que toma un promedio de tres horas para encontrar una cama y hasta cinco horas para admitir a una persona, con muchas referencias fuera del área.
- Hay largos (más de un mes) tiempos de espera para ver a un psiquiatra en todas las edades.
- Los viajes en furgoneta a las instalaciones fuera de Antelope Valley son largos (dos horas).

### **Vinculación y coordinación de la atención**

- Hay una mala planificación del alta, comunicaciones familiares y seguimiento cuando las personas reciben atención hospitalaria o residencial fuera de Antelope Valley. Las personas son dadas de alta sin plan o transporte de regreso al área local.

- Existe la necesidad de mejorar las evaluaciones de las instalaciones y la planificación del alta para conectar a las personas con la atención de seguimiento para minimizar el síndrome de "puerta giratoria" para muchos pacientes (MH y SUD). Las instalaciones que brindan atención de seguimiento deben conectarse con los pacientes antes de que sean dados de alta para que puedan evaluarlos para los servicios, determinar si son apropiados para sus servicios y asegurarse de que estén conectados a los servicios de seguimiento al momento del alta. Las agencias que brindan atención de recuperación deben proporcionar atención al alcance antes de que los pacientes sean dados de alta.
- El uso del servicio de urgencias es limitado; las personas son dadas de alta sin conexión con otros servicios; a veces son dadas de alta a la calle sin ningún lugar al que ir.
- Las personas son dadas de alta de hospitales con necesidades médicas/físicas graves a graves sin un plan de alta y referencias a cuidados de recuperación.
- Hay brechas en la planificación de la descarga y la coordinación entre las organizaciones comunitarias de MH para la transición de las personas de vuelta a la comunidad y hay diferentes protocolos para cada agencia.
- Los hospitales psiquiátricos tienen una participación limitada en la planificación del alta.
- El seguimiento después de la hospitalización parece extremadamente problemático después del tratamiento residencial.
- El tratamiento es episódico y la coordinación de la atención es limitada para todas las poblaciones. Existe la necesidad de coordinar la atención y la transición de la atención de los servicios de desintoxicación de adultos a los centros ambulatorios, médicos y de hospitalización.
- El tratamiento y la duración de la estancia son limitados mientras las personas están hospitalizadas. Los pacientes son hospitalizados por períodos cortos de tiempo y no reciben un tratamiento adecuado o suficiente durante estas estancias. Como resultado, estas personas regresan al hospital para otro ingreso breve, lo que crea una puerta giratoria de admisiones repetidas y evitables.
- Existe una dependencia de los hospitales de cuidados generales o agudos para tratar a las personas con psicosis relacionada con sustancias, que luego son dadas de alta a una vivienda de apoyo antes de que se establezcan. Las personas tienen acceso limitado a médicos y enfermeras mientras están en viviendas de apoyo. También se necesita más apoyo del personal durante todo el día en entornos residenciales. Cuando termina la jornada laboral del personal, las personas no tienen acceso a apoyos y terminan buscando servicios y apoyos del hospital nuevamente.
- Existen lagunas en la coordinación y la comunicación entre las agencias (por ejemplo, vivienda, comida y atención, vida de transición, servicios de salud social o SUD); por lo tanto, los consumidores deben

navegar por el sistema de prestación de servicios por su cuenta.

### **Poblaciones Especiales**

- Hay una falta de servicios especializados de SUD para jóvenes en edad de transición, así como preocupaciones sobre mezclarlos con adultos anteriormente encarcelados en sud y programas de 12 pasos.

- Hay opciones limitadas de colocación para los niños de crianza temporal y otros niños bajo custodia, lo que resulta en que los niños tengan que mudarse de sus comunidades de origen, limita la participación de la familia y los esfuerzos de recuperación y conduce a la recaída, trauma adicional y múltiples colocaciones.
- Hay atención especializada limitada para las personas con trastorno del espectro autista que tienen síntomas de agresión física.
- Los servicios para las personas de color son desproporcionadamente limitados en comparación con los servicios para la población blanca.
- No hay suficiente personal de MH y SUD de habla hispana para servir a la población. También existe la percepción errónea de que las personas de habla hispana no quieren acceder a los servicios debido a las barreras culturales, en lugar de las barreras del idioma.
- Hay una falta de servicios de SUD para las personas que no hablan inglés. Muchos programas no tienen la capacidad de proporcionar servicios en idiomas distintos del inglés, y los servicios de traducción son caros. Se necesita asistencia para las personas que hablan cantonés, mandarín y vietnamita, así como para las que hablan español.
- Hay un grupo limitado de personal bilingüe y bicultural disponible; los intérpretes no se adaptan adecuadamente a las necesidades de la comunidad.
- Hay una brecha en los servicios para adultos mayores en todo el espectro de servicios (en todo el condado en su conjunto). Existe una necesidad grande y creciente de servicios especializados, y los recursos son limitados. Con base en la investigación y la experiencia, cuando se proporcionan estos servicios, los costos de atención a largo plazo disminuyen.
- Todo el estado juega a la "patata caliente" en el tratamiento de los trastornos concomitantes, deterioro cognitivo /deterioro y MH en adultos mayores. El cuidado de estas personas es extremadamente costoso y conduce a una atención inadecuada y a un gasto tremendo.
- Hay lagunas en los recursos de financiación para las personas en situación de pobreza o que no tienen seguro.
- La falta de vivienda es un gran problema para el Condado en su conjunto; hay una falta de vivienda significativa y una vivienda de apoyo limitada y otras viviendas.

## SAACRECOMMENDATIONS

- Aumentar el acceso a camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados para todas las poblaciones, incluidos los niños y las personas bajo tutela.

- Aumentar el acceso a los servicios para pacientes hospitalizados y desarrollar protocolos para la participación de la familia y la planificación del alta.

- Desarrollar más atención de urgencia y recursos de crisis que tengan más personal de salud conductual.
- Desarrollar más camas de tratamiento para pacientes hospitalizados sud.
- Aumentar el acceso a la atención integrada de la salud física y conductual en los hospitales de cuidados intensivos que pueden proporcionar atención de salud física y conductual para adultos y niños.
- Aumentar el acceso a las instalaciones de atención de urgencia operadas por el Condado.
- El transporte es necesario en todos los ámbitos para acceder a los servicios y asistir a las reuniones.
- Proporcionar hospitales designados por la Ley LPS adicionales para el compromiso involuntario para las poblaciones adultas.
- Proporcionar a los consumidores vínculos y conexiones con los servicios, programas y proveedores existentes.
- Mejorar la continuidad de la atención para todas las poblaciones, especialmente aquellas que utilizan el departamento de emergencias, los servicios de hospitalización y los servicios de desintoxicación, proporcionando coordinación de atención y referencias comunitarias.
- Revise el sistema de coordinación de la atención actual y concéntrese en la transición y el alta.
- Mejorar enormemente las conexiones entre los servicios con entregas cálidas, incluido el transporte y el apoyo proactivo por parte del personal de MH.
- Aborde los desafíos en la contratación y el mantenimiento de una fuerza laboral adecuada mediante la mejora de los salarios, la oferta de más capacitación y la provisión de pasantías pagadas para médicos de MH, psiquiatras y especialistas de pares.
- Aumente la capacitación y certificación de pares, así como el número de puestos remunerados para compañeros en toda la fuerza laboral de MH y SUD.
- Proporcionar capacitación a los proveedores sobre la atención centrada en la persona y el papel importante que las familias pueden desempeñar en el tratamiento de una persona, cuando la persona que busca servicios debe todos los aportes de la familia.
- Aumentar la dependencia de los servicios de apoyo entre pares y proporcionar más capacitación local de apoyo entre pares; abogar por la certificación de pares en todo el estado.
- Mejorar el acceso y aumentar el número de personal clínico y de apoyo de habla hispana.

- Mejorar los servicios de trastornos concomitantes de SUD e identificar a los proveedores que están dispuestos a ofrecer un tratamiento integrado para el trastorno concomitante.

- Abordar la desproporcionalidad de los servicios para las personas de color. Un participante que asistió a la capacitación de The Color of Trauma discutió cómo esto podría ser un posible recurso para abordar la desproporcionalidad de los servicios para las personas de color.
- Ampliar los programas de tratamiento de drogas para jóvenes y los programas de intervención en crisis en las escuelas para reducir la dependencia del sistema de justicia juvenil.
- Involucre a personas monolingües, jóvenes y personas de color en servicios e iniciativas de planificación.
- Mejorar las conexiones con organizaciones comunitarias para educar y difundir información a los miembros de la comunidad que puedan necesitar servicios de salud conductual.

## PROVIDER THEMES

### Proveedores de SAPC

Mercer se reunió con proveedores de SUD que ofrecen servicios de SAPC y contrato con el Departamento de Salud Pública del Condado, la agencia del condado responsable de la supervisión del sistema de entrega de SUD. Estos proveedores ofrecen servicios de prevención, ambulatorios, residenciales y de gestión de retiro, así como programas de tratamiento de opioides, vivienda puente de recuperación y servicios de apoyo para la recuperación. Aproximadamente 50 proveedores participaron en persona y a través de un seminario web.

### Brechas y desafíos de los proveedores de SAPC

- Hay una dependencia excesiva del uso de 5150 retenciones para acceder a la atención cuando el tratamiento residencial es inadecuado.
- La atención subaguda no está disponible.
- Hay una necesidad de servicios para los clientes que son diagnosticados dualmente. Estos clientes a menudo tienen altos niveles de necesidad y a menudo es un desafío encontrar servicios comunitarios para ellos. Los proveedores y las instalaciones que tienen conexiones a DMH podrían ofrecer a sus clientes más opciones de servicio.
- Hay una necesidad de "entre servicios" tales como servicios entre un LOC de 3.5 (tratamiento residencial de alta intensidad) y hospitalización.
- Hay lagunas en la disponibilidad de camas loc 3.5 (tratamiento residencial de alta intensidad) y loc 3.7 (gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados con supervisión médica).
- Se necesita flexibilidad dentro de loc 3.5 (tratamiento residencial de alta intensidad), que requiere que los clientes completen 20 horas de servicio después de ver a un psiquiatra y recibir medicamentos.

Esta cantidad de servicio es un desafío mientras las personas están tratando de adaptarse a la medicación.

- Hay un número insuficiente de camas en el nivel de desintoxicación de la atención y el manejo de la abstinencia residencial, particularmente para las personas que se retiran de las benzodiazepinas.

- Existe una desconexión entre los sistemas de atención de MH y SUD. Algunos proveedores trabajan en situaciones únicas donde su agencia proporciona ambos tipos de servicios pero, fuera de eso, las brechas en la atención son enormes.
- La recuperación de MH no forma parte de la programación de SAPC. Existe la necesidad de una mayor colaboración con los proveedores de MH.
- Es necesario adaptar los servicios a las personas en lugar de adaptar a las personas a los servicios. La efectividad del tratamiento disminuye para todos los participantes cuando aquellos que necesitan un nivel más alto de atención se colocan en entornos grupales para las personas que requieren niveles más bajos de atención.
- Hay una escasez de todos los proveedores de SUD, especialmente aquellos con diagnóstico dual (trastornos concomitantes) experiencia.
- Hay desafíos en la coordinación con los proveedores de servicios de MH para manejar a las personas con trastorno concomitante y necesidades de MH de alta agudeza.
- Hay una falta de desarrollo de habilidades de rehabilitación y otros servicios de step-down para las personas que salen del tratamiento residencial. Los programas ambulatorios no se centran en las habilidades de rehabilitación y recuperación.
- Hay desafíos en la coordinación de la atención debido al reembolso y la coordinación deficientes entre múltiples sistemas (por ejemplo, sistemas de MH y SUD). Hay desafíos para determinar qué proveedor debe proporcionar coordinación de atención y cuál debe facturar por el servicio, así como para determinar cómo coordinar la atención. También hay desafíos en el acceso a los registros médicos y la comprensión de las diferencias entre los sistemas. Tanto los proveedores de MH como los de SUD se resisten a colaborar.
- Los proveedores tienen un conocimiento limitado sobre dónde hacer referencias para servicios especializados.
- La escasez de personal (debido a la escasez de mano de obra y los desafíos en la contratación de personal) afecta la prestación de servicios en curso, la coordinación de la atención y las referencias.
- Hay diferentes filosofías entre los proveedores de MH y SUD que afectan el acceso, como requerir que el cliente llame al servicio directamente, en lugar de que un coordinador de atención organice una cita.
- La falta de opciones de vivienda contribuye a la falta de vivienda.
- Hay brechas en los servicios para pacientes monolingües de habla hispana y para pacientes que

se identifican como LGBTQ.

### Recomendaciones de SAPC

- Abordar las brechas de servicios, particularmente en la atención subaguda y residencial, y agregar flexibilidad al nivel de atención para adaptar los servicios a las personas en lugar de encajar a las personas en los servicios existentes.
- DMH para desarrollar orientación para los proveedores sobre cómo se pueden proporcionar y facturar los servicios bajo Medi-Cal o acceder a ellos bajo otros fondos cuando un paciente está vinculado a un proveedor de SAPC SUD.
- Mitigar las brechas de tratamiento a través de más subcontratos de proveedores.
- Proporcionar servicios para pacientes monolingües de habla hispana mediante la contratación de más personal bilingüe, bicultural e intérpretes.

### RECOMMENDATIONS FOR NEXT STEPS

El uso de las reuniones existentes en el área de servicios y los proveedores fue útil para recopilar comentarios iniciales de las partes interesadas, pero el tiempo limitado en las apretadas agendas de las reuniones hizo que fuera difícil identificar recomendaciones de prioridades prácticas específicas de la mayoría de las áreas de servicio. Las partes interesadas expresaron su preocupación por el calendario de las sesiones de las partes interesadas y la forma en que éstas encajan en un plan general para mejorar los servicios locales.

# 8

## IMPRESSIONS AND RECOMMENDATIONS

Mercer realizó un análisis de brechas para determinar la discrepancia entre la capacidad de tratamiento existente de las instalaciones y la prevalencia y utilización proyectadas, teniendo en cuenta cualquier ineficiencia en el flujo de miembros. Este análisis de brechas incluye valores estimados para el número de camas adicionales (nuevas o reutilizadas) requeridas en cada nivel de atención, desglosados por grupos de edad, con el fin de abordar las brechas actuales y proyectadas. En esta sección se presentan recomendaciones para ayudar a la Agencia de Salud a mejorar el sistema de prestación de atención y ampliar y/o reconfigurar la red.

### GENERALIMPRESSIONSANDRECOMMENDATIONS

El sistema de prestación de servicios de MH y SUD de la Agencia de Salud está experimentando actualmente un crecimiento y una presión sin precedentes para abordar las necesidades de la población cubierta de servicios intensivos de MH y SUD. Recientemente han convergido múltiples eventos que están influyendo directamente en el volumen de residentes del Condado que necesitan servicios intensivos de MH y SUD. Un número cada vez mayor de personas ahora son elegibles para los servicios de MH y SUD bajo el programa Medi-Cal, y un aumento constante en la población general del Condado, incluido el crecimiento sin igual de la población sin hogar, han contribuido a una mayor demanda de servicios.

Esta demanda se combina con los problemas clínicos y sociales cada vez más complejos que afectan a segmentos de la población del Condado. Como resultado de este aumento sustancial en la demanda de servicios de MH y SUD y los desafíos inherentes a la participación efectiva y el tratamiento de la población afectada, la Agencia de Salud está luchando para mantener el ritmo para satisfacer adecuadamente estas necesidades.

Abordar estas cuestiones sistémicas requiere un enfoque integral y reflexivo que tenga en cuenta las necesidades únicas de la población. La Agencia de Salud tiene la tarea de atender a los residentes más vulnerables del Condado, incluidos los afectados por la inseguridad de la vivienda, la pobreza, los SUDs, las enfermedades mentales y el acceso limitado a los apoyos y recursos familiares y comunitarios. Al considerar el desarrollo de camas de hospitalización o residencia de MH o SUD nuevas o ampliadas, el Condado debe tomar decisiones informadas basadas en datos válidos y significativos que definan la necesidad, especifiquen las capacidades de los entornos de atención e identifiquen a la población objetivo (grupos con condiciones especiales, cronicidad y gravedad de discapacidades, sensibilidad para la programación para niños, jóvenes y adultos).

### Prevalencia y utilización

La evaluación de las necesidades de MH y SUD en todo el condado incorpora un análisis de la prevalencia

estimada y las tendencias históricas de utilización y busca estimar las necesidades futuras y la utilización de los servicios para pacientes hospitalizados y residenciales de MH y SUD. Basado en los cambios previstos en el volumen de potencial

usuarios y los tipos de servicios que se espera que se necesiten, se recomiendan proyecciones futuras para la expansión de la red (consulte recomendaciones para la expansión de camas a continuación).

### **Inventario de proveedores**

Además tomar en cuenta el inventario actual de Hospitalización y residencial cuidado ajuste capacidad para Tratar Salud agencia Mh y Sud programa Participantes Incluido Exclusivo/propiedad del condado Camas y disponible operativo capacidad que podría potencialmente acomodar a futuro expansión de dedicado Camas. el proveedor el análisis de inventario también debe considerar las necesidades únicas de la población atendida y determinar en qué medida la red actual puede satisfacer esas necesidades. La construcción de acceso a una red de centros de atención que no están equipados de manera óptima para satisfacer las necesidades únicas de tratamiento de la población hace poco para avanzar en el sistema de prestación de atención más allá de su estado actual.

*Existen múltiples oportunidades para fortalecer los acuerdos con los proveedores y desarrollar estructuras de incentivos que refuercen los resultados deseados por la Agencia de Salud.*

### **Flujo de cliente**

Con el fin de maximizar la efectividad de la red de proveedores de MH y SUD, se deben establecer procesos eficientes y bien definidos para identificar y referir a los clientes, evaluar el entorno del cliente y la atención para la idoneidad clínica, y garantizar el acceso oportuno a la atención. Idealmente, los protocolos de admisión estarán orientados a las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y debe haber una revisión clínica continua sólida de cada cliente en todo el sistema de atención basado en el centro para ayudar a garantizar el tratamiento activo y la necesidad continua del entorno de atención. La Agencia de Salud debe monitorear intencional y activamente indicadores clave como el ALOS, las tasas de readmisión y los resultados clínicos para garantizar que la atención eficiente y efectiva se proporcione de manera rutinaria. La programación y los recursos de coordinación de la atención deben mejorarse considerablemente y la Agencia de Salud debe adoptar un enfoque de revisión de la gestión/utilización de la atención que garantice el tratamiento activo, la aplicación de prácticas basadas en la evidencia y la incorporación de los principios de recuperación y resiliencia.

### **Recomendaciones específicas**

Mercer ha identificado y priorizado recomendaciones que responden directamente a las conclusiones pertinentes derivadas del análisis de evaluación de necesidades. Estas recomendaciones abordan la idoneidad del inventario actual de proveedores e identifican oportunidades para fortalecer y expandir la red para responder mejor a las necesidades únicas de los clientes de la Agencia de Salud, así como acomodar la expansión anticipada de la población. Las iniciativas de desarrollo del programa deben ser específicas y con propósito con respecto a la población única que el Condado es responsable de apoyar. Por ejemplo, la Agencia de Salud debe desarrollar una capacidad específica dentro de una estructura de red

contratada exclusivamente para apoyar las necesidades de atención residencial a largo plazo de las personas con necesidades de salud física y salud física. Esta capacidad y capacidad estarían a disposición de la Agencia de Salud para mitigar una necesidad establecida y resolver una brecha actual en el sistema de atención.

Además, la Agencia de Salud debe formalizar un enfoque para una evaluación de la adecuación de la red que aproveche los puntos de datos clave para apoyar una evaluación continua de la suficiencia de la red que identifique proactivamente las brechas emergentes de la red y ofrezca oportunidades para intervenciones tempranas que mitiguen los resultados negativos.

Mercer también ha propuesto recomendaciones para mejorar el flujo de clientes, incluidas las revisiones del rol y el proceso actual de guardián de DMH, la implementación de un programa organizado de coordinación de la atención, la introducción de una revisión activa de la administración / utilización de la atención en todas las ubicaciones restrictivas y la adopción de un sistema basado en datos de la función de supervisión de la atención con la participación activa y la participación de todos los departamentos de la Agencia de Salud y las partes interesadas de la comunidad.

Finalmente, Mercer ofrecerá una evaluación del inventario/red actual de proveedores y recomendará expansiones de camas para entornos de atención designados utilizando una fórmula basada en datos para estimar la capacidad de camas adicionales cuando se considere apropiado.

#### **Recomendaciones para la expansión de la cama**

En un esfuerzo por desarrollar un enfoque objetivo y basado en datos para cuantificar la capacidad adicional de camas, Mercer desarrolló un cálculo basado en fórmulas utilizando elementos de datos clave recopilados y analizados como parte de la evaluación de las necesidades de MH y SUD en todo el condado. El paso inicial en el proceso fue evaluar todos los datos cuantitativos y cualitativos disponibles para hacer una determinación inicial si la expansión de la cama estaba indicada para cada entorno de atención de MH y SUD revisado.

#### **Ampliación de camas de centros de atención de salud mental**

Se identificaron los siguientes entornos de atención/tipos de instalaciones para la posible expansión de la cama sobre la base de un análisis de datos cuantitativos y retroalimentación cualitativa recopilada como parte de la evaluación de necesidades.

- Salas de emergencia psiquiátrica y centros de atención de urgencias
  - *Nota: Mercer no está recomendando una cantidad específica de camas ampliadas para estos centros de atención, pero está sugiriendo que la Agencia de Salud continúe expandiendo la capacidad de los centros de atención de urgencia para ayudar a aliviar el hacinamiento excesivo de las salas de emergencia psiquiátricas del DHS (vea las recomendaciones específicas de las instalaciones más adelante en esta sección).*
- Hospitales del Condado operados por el DHS
- Instalaciones de Short-Doyle

- Establecimientos de salud psiquiátrica
- Subagudo especializado
- Subagudo general

### **Trastorno por uso de sustancias Expansión de la cama**

Se identificaron los siguientes centros de gestión de la retirada y de atención residencial de SUD para una posible expansión de la cama sobre la base de un análisis de datos cuantitativos y comentarios cualitativos recopilados como parte de la evaluación de las necesidades.

- ASAM LOC 3.1 – Residencial de Baja Intensidad
- ASAM LOC 3.3 – Residencial de Alta Intensidad – Específico de la Población
- ASAM LOC 3.5 – Residencial de Alta Intensidad – No Específico de la Población
- ASAM LOC 3.2 – Gestión de retiros residenciales – Clínicamente administrado
- ASAM LOC 3.7 – Gestión de la abstinencia de pacientes hospitalizados médicamente monitoreada
- ASAM LOC 4.0 – Gestión de retiro de pacientes hospitalizados administrado médicamente

### **Salud mental y trastorno por uso de sustancias Fórmulas de expansión de la cama**

Mercer desarrolló un cálculo basado en fórmulas para cuantificar la capacidad adicional de camas en centros de atención seleccionados que cumplieron con una determinación inicial de que la expansión de la cama probablemente era necesaria para satisfacer y / o mantener el ritmo de la demanda del cliente. El enfoque se presenta a continuación en procedimientos paso a paso y acompañado de explicaciones de las fuentes de datos cuantitativos que se utilizaron para calcular la estimación.

El enfoque comienza calculando los usuarios únicos recientes y aplica un factor de crecimiento estimado que se derivó a través del análisis de prevalencia y utilización (ver *Sección 4. Análisis de prevalencia y utilización*). El siguiente paso evalúa el número de usuarios que esperan el centro de atención (cuando está disponible, ya que no todos los centros revisados tienen una lista de espera establecida para los servicios).

El total de usuarios esperado (basado en usuarios únicos y crecimiento esperado) se agrega al número ajustado que espera la configuración de atención (según corresponda) y se convierte en días de cama esperados durante un período de un año. La capacidad actual de camas operativas y la tasa de utilización de esa capacidad se tienen en cuenta en la recomendación final de camas adicionales necesarias.

Las medidas de ALOS pueden ser un indicador valioso del flujo del cliente, ya que la duración promedio de la estadía revela el grado en que la capacidad de la cama se vuelco para crear aberturas para otras personas que necesitan el entorno de atención para la estabilización, la supervisión y / o las intervenciones clínicas. Sin embargo, Mercer encontró que la métrica es muy variable en todos los entornos de atención en función de las tendencias de distribución de datos (un gran grupo de individuos tiene estadías relativamente cortas y otro subconjunto tiene períodos de estadía extremadamente largos). Debido a esta variación, no creemos que la duración promedio de la estancia sea una indicat confiable o para informar la necesidad de camas adicionales.

Se aplicaron múltiples supuestos como parte del cálculo, entre ellos:

- Las estimaciones derivadas de los cálculos se basan en datos recibidos de la Agencia de Salud y son válidas en la medida en que la información de origen se considera completa y precisa;
- El análisis se aplica a nivel de centro de atención y la expansión de la cama de recomendación se agrega al nivel de categoría de centro de atención y ASAM LOC para SUD; no lugares de tratamiento individuales o sitios de instalaciones. Las instalaciones únicas pueden estar experimentando diferentes niveles de demanda y utilización que pueden o no ser representativas de la totalidad de las instalaciones incluidas en la agrupación de instalaciones de atención (por ejemplo, diferentes salas de emergencia del condado operadas por el DHS informaron de períodos variables de que las instalaciones estaban a plena capacidad);
- Las proyecciones de camas ampliadas se basan en los usuarios únicos esperados durante el año fiscal 2020; y
- La asignación de camas ampliadas para niños y adultos se basó en la proporción de los patrones históricos de utilización entre los usuarios de niños y adultos y las estimaciones pueden no ser indicativas del volumen de camas necesarias para atender una necesidad insatisfecha.

Consulte el Apéndice C, *Cálculos de expansión de camas* para revisar las ilustraciones del modelo para calcular la expansión estimada de la cama MH y SUD.

**Resumen de la expansión de la cama recomendada** – Instalaciones de atención de **MH y SUD seleccionadas**  
**Entornos de atención hospitalaria, subaguda y residencial de MH : recomendaciones para la expansión** El resumen a continuación incluye recomendaciones para aumentar el número de camas para los centros de atención de MH designados en los que los resultados de la evaluación de necesidades demostraron una justificación para ampliar el número de camas. La expansión de camas recomendada se ha ajustado para tener en cuenta las camas estatales recientemente agregadas y futuras planificadas.

- *Entornos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos (hospitales de pago por servicio, hospitales del condado de DHS, instalaciones de Short-Doyle y centros de salud psiquiátrica):*
  - *Añadir 12 camas para niños y 32 camas para adultos (44 camas en total); y*
- *Entornos de atención subaguda (hospitales estatales, subagudos especializados, subagudos generales y centros de tratamiento comunitario):*
  - *Añadir 1.508 camas para adultos*

#### **Sud Centros de Atención Residencial – Recomendaciones para la Expansión**

La expansión de camas recomendada considera la capacidad recientemente agregada implementada por

DPH, incluidos los aumentos en las camas residenciales y de gestión de retiros de SUD y la expansión de las viviendas de vivienda de vida sobria / puente de recuperación, que según los informes ha aumentado a casi 1,000 camas que ahora están disponibles para las personas elegibles para el sistema de atención de SUD administrado por DPH.

- *ASAM LOC 3.1 – Residencial de Baja Intensidad*
  - *Agregue 397 camas con énfasis en la expansión de la cama masculina adulta*
- *ASAM LOC 3.3 – Residencial de Alta Intensidad – Específico de la Población*
  - *Agregue 149 camas con énfasis en la expansión de camas para adultos y jóvenes de mujeres y hombres*
- *ASAM LOC 3.5 – Residencial de Alta Intensidad – No Específico de la Población*
  - *Agregue 403 camas con énfasis en la expansión de la cama masculina adulta*
- *ASAM LOC 3.2 – Gestión de retiro residencial clínicamente administrado*
  - *Agregue 258 camas con consideración para la expansión de camas juveniles femeninas y masculinas*

## Recomendaciones adicionales

### 1. Abordar las áreas de necesidad a través del desarrollo de programas

- A. Garantizar una capacidad suficiente en todos los centros de atención pertinentes para atender las necesidades únicas de la población. Las necesidades que deben abordarse incluyen:
  - i. Ampliar las camas de hospitalización de pacientes hospitalizados agudos para acomodar a niños menores de 13 años;
  - ii. Desarrollar programas especializados en todos los entornos de atención aplicables que estén disponibles para las agencias participantes de la Agencia de Salud. La expansión de la programación debe abordar mínimamente las siguientes condiciones/circunstancias:
    - a. MH co-que ocurre y desordenes del uso de la sustancia;
    - b. Individuos con discapacidades intelectuales y condiciones de MH, incluyendo niños con trastornos del espectro autista;
    - c. Miembros adultos y jóvenes con participación en la justicia penal;
    - d. Miembros en estado de curatela; y
    - e. Salud física co-mórbida y MH.

### 2. Ampliar y fortalecer los contratos directos con los proveedores de atención hospitalaria y residencial

- A. Solo el 5% de la capacidad actual de camas operativas de MH está exclusivamente disponible para DMH o es propiedad del DHS (el cálculo excluye los hospitales estatales y los servicios

residenciales enriquecidos). Como la entidad de atención administrada responsable del sistema de atención para los residentes del condado con SED, SMI y / o SUD, es fundamental que la **Agencia de Salud** establezca una **sólida red de proveedores** contratados adecuada para satisfacer las necesidades de la población. En ausencia de proveedor de enlace

acuerdos, la Agencia de Salud está extremadamente limitada para influir en la capacidad, la programación y los resultados para la población cubierta.

- B. La Agencia de Salud debe considerar el desarrollo de una plantilla integral de acuerdo con el proveedor que incorpore todos los requisitos relacionados con el programa, identifique la capacidad específica de camas que debe estar disponible exclusivamente para la Agencia de Salud, describa las políticas de admisión basadas en las pautas de la práctica nacional (incluido el lenguaje explícito que prohíbe las exclusiones basadas en la condición de salud del miembro), describa los protocolos de revisión de la utilización (incluidas las expectativas de tratamiento activo) e incluya las expectativas de planificación del alta.
- C. Según corresponda y esté permitido bajo el programa Medi-Cal, la Agencia de Salud debe explorar el uso de acuerdos de pago alternativos con los proveedores para reforzar el logro de las metas, objetivos y resultados clínicos de la Agencia de Salud.

### **3. Diseñar e implementar un enfoque estandarizado para la evaluación continua de la adecuación de la red**

- A. Como entidad responsable de administrar los beneficios de MH y SUD para una población definida, la Agencia de Salud debe establecer políticas y procesos de trabajo que apoyen una evaluación continua de la suficiencia de la red de proveedores. Las consideraciones incluyen el establecimiento de un comité de gestión de la red que se reúna periódicamente para examinar los datos pertinentes y las medidas de rendimiento, examine la idoneidad y la idoneidad de las tasas de reembolso y los arreglos de pago alternativos, y examine las decisiones con respecto a las terminaciones y la expansión de la red.
- B. La Agencia de Salud debe recopilar, rastrear y analizar los elementos de datos clave que informan la suficiencia de la red de proveedores. Los indicadores clave a considerar incluyen, pero no se limitan a, datos de quejas, resultados de encuestas de satisfacción de los miembros, volumen y tipo de acuerdos de un solo caso, atención fuera del área, patrones de referencia, listas de espera, estándares de disponibilidad de citas, tendencias de utilización del servicio y preocupaciones sobre la calidad de la atención.

### **4. Recomendaciones específicas de la instalación**

- A. Categoría de entorno de atención: Resolución de crisis y triaje
  - i. Continuar los esfuerzos para ampliar los contratos con los centros de atención de urgencia (privados, proveedores independientes, así como DMH operados) y, enfatizar a través de los términos del contrato, los resultados de resolución de crisis con conexiones a los apoyos de la comunidad que alivian la necesidad de que los miembros contratan a los servicios de emergencia psiquiátrica operados por el DHS. Al considerar la expansión, asegurar la distribución geográfica adecuada de los centros de atención de urgencias que puedan

atender a niños y adolescentes.

- ii. Considere establecer protocolos de procesamiento distintos para las referencias entrantes de las cárceles y la aplicación de la ley. Esto podría incluir la designación de áreas receptoras separadas y/o

dependencias de observación y estabilización, así como recursos de personal dedicados a atender las necesidades singulares de esta población. Como alternativa, la Agencia de Salud podría iniciar contratos con centros de atención de urgencia independientes y/o desarrollar su propia capacidad para abordar las necesidades de las personas remitidas por la justicia forense y penal que requieren estabilización y evaluación bajo la tutela de LPS.

- iii. Ejecutar contratos con programas de tratamiento residencial de crisis y aprovechar las instalaciones para actuar como una desviación a la entrada a niveles más altos y más bajos de atención. Asegúrese de que los términos del contrato especifiquen criterios de admisión razonables que se basen en las directrices nacionales y la práctica clínica aceptada. Considere acuerdos de pago alternativos que premienten las desviaciones exitosas y demuestren las conexiones establecidas con los apoyos y servicios de la comunidad.

B. Categoría del ajuste de la atención: Hospital psiquiátrico agudo del hospitalizado

- i. Ampliar los contratos con hospitales de pago por servicio, incluidas las unidades que pueden acomodar a niños menores de 13 años. La capacidad específica debe incluir camas para niños con discapacidades del desarrollo intelectual concomitantes y trastornos del espectro autista. Negocie términos contractuales más fuertes que enmienden las políticas de admisión actuales que tienden a permitir que los hospitales restrinjan las admisiones para los clientes que pueden ser percibidos como más desafiantes. Según sea necesario y permisible bajo las reglas actuales del programa, emplee flexibilidad con las tasas de reembolso para proporcionar incentivos para que los hospitales de pago por servicio ejecuten contratos y acepten miembros de la Agencia de Salud para la admisión. Siempre que sea posible, considere la posibilidad de reducir los requisitos administrativos y presentar como incentivos para los contratistas potenciales.
- ii. Considere la posibilidad de designar un barrio en Augustus Hawkins para las personas en estado de curatela que están esperando la admisión a una instalación subaguda cerrada. Esto permitiría una programación y un personal separados que se adapten a las necesidades clínicas de esta población menos aguda.
- iii. Ampliar las instalaciones y/o los contratos con las instalaciones de Short-Doyle y desarrollar términos contractuales que aborden las políticas de admisión actuales que se perciben como restrictivas e inconsistentes con las prácticas clínicas generales (por ejemplo, no aceptar a personas que tengan antecedentes de SUD).
- iv. Desarrollar contratos y ampliar la capacidad de camas para centros de salud psiquiátrica para adultos.

C. Categoría de establecimiento de atención: Subagudo

- i. Desarrollar y ampliar los contratos exclusivos con instalaciones subagudas especializadas, incluidas las instalaciones que pueden acomodar a poblaciones especiales, como individuos con complejos.

condiciones médicas. Evaluar la disponibilidad de proveedores dentro del condado para reducir el inventario actual de instalaciones fuera del condado (40% del total).

- ii. Evalúe la programación subaguda para asegurarse de que los miembros están comprometidos con frecuencia en el entorno terapéutico y están avanzando en la recuperación. Las condiciones de los contratos deberían estipular las expectativas de programación y deberían supervisarse periódicamente mediante actividades periódicas de examen de la utilización. La revisión de la utilización debe ocurrir con más frecuencia (es decir, cada 30 días) para garantizar un tratamiento activo y la necesidad continua de la intensidad del servicio.
- iii. Desarrolle y amplíe los contratos exclusivos con los recursos subagudos generales, incluyendo los recursos que acomodan los asimos temporales del conservatorship. Los términos del contrato deben aclarar las políticas de admisión y alinear los criterios con las guías clínicas establecidas.
- iv. Considere la posibilidad de designar instalaciones subagudas especializadas y/o generales para el acceso exclusivo de los hospitales del condado operados por el DHS. Los hospitales del condado están gestionando la mayoría de los miembros que necesitan instalaciones subagudas cerradas y deberían tener acceso preferente a las camas, lo que liberará capacidad hospitalaria adicional para pacientes hospitalizados agudos y reducirá el número de días de atención no compensados.
- v. Establecer protocolos que permitan consultas de médico a médico entre los hospitales del condado operados por el DHS y los equipos de tratamiento subagudo para apoyar la revisión clínica de la idoneidad para el ingreso.
- vi. A través de los términos del contrato, modifique las políticas de admisión actuales a entornos subagudos que sirvan para restringir el acceso a la atención. Los protocolos de admisión deben ser clínicamente apropiados y basarse en las guías clínicas establecidas. Codificar las expectativas como parte de los acuerdos del proveedor entre la Agencia de Salud y el proveedor.

#### D. Categoría de entorno de atención: Residencial comunitario

- i. Continuar los esfuerzos para ampliar los servicios residenciales enriquecidos, que proporcionan aspectos de un entorno supervisado con apoyos intensivos que promueven la integración de la comunidad y fomentan la independencia y la recuperación. Asegúrese de que los socios de la comunidad entiendan los beneficios y la disponibilidad de estos entornos de atención y refuerce activamente la identificación de candidatos apropiados para las colocaciones de ERS.

- E. Categoría del entorno de atención: Manejo agudo de la abstinencia (niveles 3.7 y 4.0 de ASAM)
  - i. Considere ampliar la disponibilidad de camas para adultos y jóvenes bajo los acuerdos de proveedores existentes.
- F. Categoría del entorno de atención: Tratamiento residencial y manejo de la abstinencia (niveles 3.1, 3.2, 3.3 y 3.5 de ASAM)

- i. Considere expandir o convertir los contratos existentes a la capacidad de camas ASAM 3.1 para hombres adultos.
- ii. Ampliar la capacidad de camas ASAM 3.2 para jóvenes (hombres y mujeres).
- iii. Considere ampliar la capacidad de camas ASAM 3.3 para adultos y jóvenes.
- iv. Examine la necesidad de ampliar la capacidad de asam 3.5 camas para los hombres adultos.

**5. Revise y revise el papel y el proceso actuales del portero DMH**

- A. La práctica de una sola entidad que administra los recursos limitados de las instalaciones de tratamiento y sirve como guardián para acceder a las camas designadas de las instalaciones de atención es un enfoque razonable. Sin embargo, hay una serie de protocolos operativos existentes que la evaluación de las necesidades identificó que parecen estar dando lugar a ineficiencias y demoras en el acceso a la atención necesaria.
  - i. Proceso de derivación de DMH : evalúe la necesidad de períodos arbitrarios y prolongados de documentación sin síntomas como criterio para aceptar una derivación. Si bien se observó que el miembro debe demostrar algún período de estabilidad antes de ser considerado para un entorno de cuidado alternativo, la manera en que se ha puesto en práctica esta expectativa parece onerosa y poco realista. El hecho de que muchas personas que son referidas ya no cumplan con los criterios de necesidad médica del hospital hospital para pacientes hospitalizados agudos debería ser suficiente para iniciar el proceso de derivación.
  - ii. Examine la necesidad de políticas de admisión restrictivas y excluyentes que no parezcan estar alineadas con las guías de práctica clínica y aclare si estas expectativas son estipuladas por los centros de atención de recepción o los criterios que han sido desarrollados y aplicados por DMH. Muchos de los criterios de exclusión parecen razonablemente limitantes dada la población bajo revisión (por ejemplo, antecedentes de consumo de sustancias, uso reciente de medicamentos PRN o medicamentos "según sea necesario").
  - iii. DMH debe establecer un proceso formal para proporcionar retroalimentación a las entidades de referencia con respecto a la idoneidad de las referencias y las disposiciones de casos individuales. Esta retroalimentación puede dar forma al comportamiento futuro y podría conducir a referencias más apropiadas que coincidan con las necesidades de los miembros con el tipo adecuado de centro de atención.
  - iv. Permita que las entidades de referencia se interconecten con los centros de atención identificados para aclarar las presentaciones clínicas, la gravedad y los regímenes de tratamiento esperados. Las consultas de médico a médico reflejan una práctica estándar para coordinar las transiciones efectivas de la atención, especialmente las

transiciones de atención que implican presentaciones clínicas complejas que requieren la colocación en entornos de atención supervisada.

- v. Considere elevar aún más la prioridad para las referencias de hospitales del condado operados por el DHS. Un examen de los tiempos de la lista de espera basado en la entidad remitente no demostró

variación significativa en los tiempos de espera entre las fuentes de referencia, a pesar del reconocimiento de que existía un sistema de prioridades entre las fuentes de referencia.

- vi. Una vez que un miembro es colocado en un centro de atención administrada de DMH, se debe realizar una revisión más sólida y frecuente de la necesidad médica en curso (incluida la presencia de tratamiento activo). Permitir que los miembros ocupen un espacio de cama limitado durante largos períodos de tiempo, y que ya no requieran el nivel de atención, resulta en demoras adicionales para las personas que necesitan acceso al servicio.
- vii. DMH debe resolver los problemas de recopilación y seguimiento de datos con respecto al mantenimiento de listas de espera. Los datos de las listas de espera son un indicador crítico de la suficiencia de la red y se debe dar prioridad a garantizar que la información sea oportuna, precisa y esté disponible para su revisión continua por parte de la Agencia de Salud.

**6. Explore la viabilidad de implementar un programa de coordinación de atención organizada<sup>52</sup>**

- A. La coordinación de la atención abarca una variedad de actividades para coordinar servicios y proveedores para ayudar a un miembro a alcanzar sus metas de recuperación. Estas actividades, que pueden ocurrir a nivel clínico y del sistema, son realizadas por personal designado dependiendo de las necesidades, metas y estado funcional del miembro.
- B. Las personas con afecciones graves y crónicas de MOS y/o SUD pueden beneficiarse significativamente de un programa activo de coordinación de la atención para apoyar las transiciones eficientes de la atención, mejorar la participación de los miembros en los servicios e identificar y mitigar proactivamente los períodos emergentes en los que un individuo puede requerir más apoyos e intervenciones intensivas para mantener la estabilidad. La coordinación de la atención se identifica como una estrategia clave que tiene el potencial de mejorar la eficacia, la seguridad y la eficiencia del sistema de atención de la salud. Una coordinación de atención bien diseñada y específica que se entregue a las personas adecuadas puede mejorar los resultados para los miembros, los proveedores y los pagadores. Un coordinador de atención debe tener experiencia en los enfoques de autogestión de los miembros, la defensa de los miembros y ser capaz de navegar por sistemas complejos y comunicarse con un amplio espectro de personas profesionales y laicos, incluidos los miembros de la familia, médicos, especialistas y otros profesionales de la salud.
- C. Las intervenciones de coordinación de la atención necesarias para esta población vulnerable parecen insuficientes en todo el continuo actual de atención. La Agencia de Salud debe participar en una evaluación estratégica con respecto al costo y los beneficios de establecer un programa de coordinación de la atención para

<sup>52</sup> Extractos de las expectativas del programa de coordinación de la atención se extrajeron del Alcance del Trabajo, Contrato/RFP NO de la Autoridad Regional de Salud Conductual de Arizona. YH17-0001  
[https://www.azahcccs.gov/Resources/Downloads/ContractAmendments/RBHAs/MMIC\\_Amd-9\\_10-1-18\\_Final.pdf](https://www.azahcccs.gov/Resources/Downloads/ContractAmendments/RBHAs/MMIC_Amd-9_10-1-18_Final.pdf)

individuos que se determina que son de alto riesgo, y / o consumidores de alto uso / alto costo de los servicios de la Agencia de Salud, en particular los que ocupan entornos de atención hospitalaria y residencial.

D. Algunos ejemplos de actividades beneficiosas de coordinación de la atención incluyen:

- i. Establecer un proceso para asegurar la coordinación de la atención de las necesidades de los miembros a través del continuo de la atención basada en la identificación temprana de los factores de riesgo de salud o las necesidades especiales de atención médica;
- ii. Monitorear el estado de salud individual y la utilización del servicio para determinar el uso de la atención basada en la evidencia;
- iii. Monitorear los servicios y colocaciones de los miembros para evaluar la idoneidad continua, la necesidad médica y la rentabilidad de los servicios;
- iv. Comunicarse entre los proveedores de servicios de salud física y conductual con respecto al progreso y el estado de salud de los miembros, los resultados de las pruebas, los informes de laboratorio, los medicamentos y otra información de atención médica cuando sea necesario para promover resultados óptimos y reducir los riesgos, la duplicación de servicios o los errores médicos;
- v. Participar en la planificación del alta de hospitales, cárceles u otras instituciones y hacer un seguimiento con los miembros después del alta;
- vi. Asegúrese de que los servicios aplicables continúen después del alta.

## **7. Mejorar las actividades de revisión de la utilización**

- A. Los entornos de atención restrictivos y costosos requieren un programa de revisión de utilización establecido que ayude a garantizar el uso adecuado de los recursos y promueva intervenciones de tratamiento efectivas. Como parte de un esfuerzo por ampliar las relaciones contractuales con los proveedores, la Agencia de Salud debe revisar regularmente la idoneidad de la atención en todos los entornos de atención designados.
- B. Por ejemplo, los miembros colocados en lugares subagudos deben ser revisados para la necesidad médica continua al menos cada 30 días. Las actividades de revisión de la utilización efectiva incorporan una evaluación del tratamiento activo y promueven el uso de intervenciones basadas en la evidencia para garantizar que los miembros avancen en la recuperación y alcancen el más alto nivel de funcionamiento.
- C. DMH debe implementar un proceso de revisión de utilización concurrente para la red de hospitales de pago por servicio y desarrollar estrategias de gestión de la atención que refuercen

el cumplimiento de los estándares contractuales, promuevan el tratamiento activo y utilicen prácticas basadas en la evidencia cuando estén disponibles y sea apropiado.

- 8. Implementar un equipo de supervisión del sistema de atención de la agencia de salud**
- A. Todos los departamentos participantes de la Agencia de Salud (DMH, DHS y DPH) son responsables de un sistema de atención de MH y SUD eficiente, rentable y eficaz. La Agencia de Salud debe establecer un sistema de datos informados de la función de supervisión de la atención con la participación activa de todos los departamentos de la Agencia de Salud y las partes interesadas de la comunidad.
  - B. El comité de supervisión ejecutiva del sistema de atención de la Agencia de Salud revisaría rutinariamente los indicadores clave del desempeño del sistema, incluidos, entre otros, datos financieros y de costos del programa, tendencias agregadas de utilización de servicios, propuestas para ampliar o desarrollar nuevos programas (por ejemplo, diseño e implementación de modelos integrados de prestación de atención), revisión y aprobación de iniciativas de compra basadas en el valor con los proveedores, diseño e implementación de iniciativas estratégicas para guiar el crecimiento futuro del programa, y supervisar las evaluaciones periódicas de la efectividad, sostenibilidad y resultados del programa general de atención médica.
  - C. La función de supervisión del sistema de atención podría incluir la propuesta de enfoques estratégicos para lograr que los asociados del sistema ayuden a lograr un conjunto más amplio de objetivos comunes y prioridades del sistema. Por ejemplo, el comité podría tratar de establecer acuerdos de atención colaborativa con otros socios del sistema que interactúan con la misma población objetivo (Centros Regionales, correcciones, salud pública).
  - D. El comité de supervisión ejecutiva del sistema de atención debe revisar las discrepancias identificadas en la compensación y los beneficios para los profesionales de la salud que trabajan en todos los departamentos de la agencia de salud.

# APÉNDICE C

## CÁLCULOS DE EXPANSIÓN DE LA CAMA

A continuación se proporcionan ejemplos para ilustrar el modelo para calcular la expansión estimada del lecho.

**Subagudo especializado – Ilustración de la fórmula de expansión de la cama**  
**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017) X (tasa de crecimiento esperada)**

$892 \text{ usuarios únicos} + [.04 \text{ tasa de crecimiento o } 1,800 \text{ nuevos usuarios}] \times .018 \text{ proporción de todas las personas que utilizan el tipo de instalación durante el año fiscal 2017} = 32 \text{ usuarios proyectados adicionales} \times 3 \text{ años (año fiscal 2018, año fiscal 2019 y Ejercicio fiscal 2020)} = \text{crecimiento previsto de } 96$

usuarios adicionales.  $892 + 96 = 988$  usuarios esperados

**Paso 2: Número de usuarios en espera de la instalación (año fiscal 2017) (+) usuarios esperados**

$508 \text{ usuarios únicos durante el año fiscal 2017 colocados en lista de espera para subagudos especializados} \times 45.6 \text{ días promedio para colocar} = 23,165 \text{ días para colocar a todas las personas esperando} / 365 \text{ días} = 63.46 \text{ usuarios colocados por año.}$

$508 \text{ usuarios únicos} - 63.46 \text{ usuarios únicos colocados} = 444.54 \text{ número ajustado de personas en espera.}$

$444.54 \text{ número de personas esperando restar } .28 \text{ que no se colocan} = 320 \text{ usuarios ajustados en espera.}$

$988 \text{ (usuarios esperados)} + \text{número ajustado de personas en espera de atención (320)} = 1.308 \text{ demanda de usuarios esperada.}$

**Paso 3: Calcular los días de cama esperados por año**

Usuarios esperados = 1.308

$1.308 \times 365 \text{ días} = 477.420 \text{ días de cama esperados al año}$

Ajuste para alcanzar/mantener una tasa de ocupación del 90% = 525,162 días de cama esperados por año

**Paso 4: Calcular la tasa de ocupación del año fiscal 2017 contra todas las camas operativas**

$52\% \text{ o } .52 \text{ (tasa de ocupación del año fiscal 2017 de todas las camas operativas)} \times (1,058 \text{ camas operativas)} = 550 \text{ camas utilizadas durante el año fiscal 2017.}$

**Paso 5: Calcular las camas necesarias para acomodar a los usuarios esperados (90% de tasa de ocupación)**

$525.162 \text{ días de cama esperados (ver Paso 3)} / 365 \text{ días} = 1.439 \text{ camas necesarias.}$

**Paso 6: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente**

1,439 camas necesarias – 550 camas utilizadas durante el año fiscal 2017 (ver Paso 4) = **889 camas adicionales necesarias** [asume que la tasa de ocupación se mantiene en el 52% de la capacidad original de camas operativas (n = 1,058)]. Si se pueden utilizar más camas operativas originales, la necesidad de ampliar las camas disminuirá en consecuencia.

Para los tipos de instalaciones que tienen períodos de estadía más cortos (por ejemplo, entornos de atención hospitalaria psiquiátrica aguda), la fórmula se ajustó para reflejar la realidad de que una cama estará disponible para múltiples usuarios en el transcurso del año. A continuación se muestra una ilustración del cálculo utilizado para calcular la expansión estimada de la cama para las instalaciones de Short-Doyle y ASAM LOC 3.1, Residencial de baja intensidad + Perinatal.

**Short-Doyle Facility – Ilustración de la fórmula de expansión de la cama**

**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017) X (tasa de crecimiento esperada)**

2,062 usuarios únicos + [.04 tasa de crecimiento o 1,800 nuevos usuarios] X .040 proporción de todas las personas que utilizan el tipo de instalación durante el año fiscal 2017 = 72 usuarios proyectados adicionales x 3 años (año fiscal 2018, año fiscal 2019 y año fiscal 2020) = crecimiento esperado de 216 usuarios adicionales.

$2.062 + 216 = 2.278$  usuarios esperados

**Paso 2: Cálculo de usuarios por cama por año (año fiscal 2017)**

2.062 usuarios únicos (FY 2017) / 82 camas contratadas = 25,1 usuarios por cama, por año

**Paso 3: Cálculo de los usuarios esperados por cama por año**

Usuarios esperados = 2.278

$2.278$  usuarios previstos / 25,1 usuarios por cama, por año = 91 camas

Para acomodar una tasa de ocupación del 90%, los totales de camas se aumentarían para acomodar a 228 usuarios más o 9 camas adicionales.

**Paso 4: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente o se ajusta al 90% de ocupación**

100 camas necesarias para acomodar el año fiscal 2020 los usuarios esperados restan 82 camas exclusivas actuales del condado = **18 (tasa de ocupación del 90%) camas adicionales necesarias**

**ASAM LOC 3.1 – Residencial de Baja Intensidad + Perinatal**

**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017-2018) X (tasa de crecimiento esperada)**

8,178 usuarios únicos + [.08 tasa de crecimiento estimada o 867 nuevos usuarios] X .75 proporción de

todas las personas que utilizan la categoría de tipo de instalación residencial SUD durante el año fiscal 2017-2018 = 650 usuarios proyectados adicionales x 2 años (año fiscal 2019 y año fiscal 2020) = crecimiento esperado de 1,300 usuarios adicionales.

$8.178 + 1.300 = 9.478$  usuarios esperados

**Paso 2: Cálculo de usuarios por cama por año (año fiscal 2017-2018)**

8.178 usuarios únicos (FY 2017-2018) / 2.083 camas contratadas = 3,92 usuarios por cama, por año

**Paso 3: Cálculo de los usuarios esperados por cama por año**

Usuarios esperados = 9.478

9.478 usuarios previstos / 3,92 usuarios por cama, por año = 2.418 camas

Para dar cabida a una tasa de ocupación del 90%, se aumentarían los totales de camas para dar cabida a 241 usuarios más o 62 camas adicionales.

**Paso 4: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente y se ajusta a la ocupación del 90%**

Se necesitan 2,480 camas (2,418 + 62 = 2,480) para acomodar a los usuarios esperados del año fiscal 2020 restan 2,083 camas exclusivas actuales del condado = **397 (tasa de ocupación del 90%) camas adicionales necesarias**

**MERCER(US)INC.**

2325 East Camelback Road, Suite 600

Phoenix, AZ 85016

[www.mercer.com](http://www.mercer.com)

[m](#)

# APÉNDICE C

## CÁLCULOS DE EXPANSIÓN DE LA CAMA

A continuación se proporcionan ejemplos para ilustrar el modelo para calcular la expansión estimada del lecho.

**Subagudo especializado – Ilustración de la fórmula de expansión de la cama**  
**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017) X (tasa de crecimiento esperada)**

$892 \text{ usuarios únicos} + [.04 \text{ tasa de crecimiento o } 1,800 \text{ nuevos usuarios}] \times .018 \text{ proporción de todas las personas que utilizan el tipo de instalación durante el año fiscal 2017} = 32 \text{ usuarios proyectados adicionales} \times 3 \text{ años (año fiscal 2018, año fiscal 2019 y Ejercicio fiscal 2020)} = \text{crecimiento previsto de } 96$

usuarios adicionales.  $892 + 96 = 988$  usuarios esperados

**Paso 2: Número de usuarios en espera de la instalación (año fiscal 2017) (+) usuarios esperados**

$508 \text{ usuarios únicos durante el año fiscal 2017 colocados en lista de espera para subagudos especializados} \times 45.6 \text{ días promedio para colocar} = 23,165 \text{ días para colocar a todas las personas esperando} / 365 \text{ días} = 63.46 \text{ usuarios colocados por año.}$

$508 \text{ usuarios únicos} - 63.46 \text{ usuarios únicos colocados} = 444.54 \text{ número ajustado de personas en espera.}$

$444.54 \text{ número de personas esperando restar } .28 \text{ que no se colocan} = 320 \text{ usuarios ajustados en espera.}$

$988 \text{ (usuarios esperados)} + \text{número ajustado de personas en espera de atención (320)} = 1.308 \text{ demanda de usuarios esperada.}$

**Paso 3: Calcular los días de cama esperados por año**

Usuarios esperados = 1.308

$1.308 \times 365 \text{ días} = 477.420 \text{ días de cama esperados al año}$

Ajuste para alcanzar/mantener una tasa de ocupación del 90% = 525,162 días de cama esperados por año

**Paso 4: Calcular la tasa de ocupación del año fiscal 2017 contra todas las camas operativas**

$52\% \text{ o } .52 \text{ (tasa de ocupación del año fiscal 2017 de todas las camas operativas)} \times (1,058 \text{ camas operativas)} = 550 \text{ camas utilizadas durante el año fiscal 2017.}$

**Paso 5: Calcular las camas necesarias para acomodar a los usuarios esperados (90% de tasa de ocupación)**

$525.162 \text{ días de cama esperados (ver Paso 3)} / 365 \text{ días} = 1.439 \text{ camas necesarias.}$

**Paso 6: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente**

1,439 camas necesarias – 550 camas utilizadas durante el año fiscal 2017 (ver Paso 4) = **889 camas adicionales necesarias** [asume que la tasa de ocupación se mantiene en el 52% de la capacidad original de camas operativas (n = 1,058)]. Si se pueden utilizar más camas operativas originales, la necesidad de ampliar las camas disminuirá en consecuencia.

Para los tipos de instalaciones que tienen períodos de estadía más cortos (por ejemplo, entornos de atención hospitalaria psiquiátrica aguda), la fórmula se ajustó para reflejar la realidad de que una cama estará disponible para múltiples usuarios en el transcurso del año. A continuación se muestra una ilustración del cálculo utilizado para calcular la expansión estimada de la cama para las instalaciones de Short-Doyle y ASAM LOC 3.1, Residencial de baja intensidad + Perinatal.

**Short-Doyle Facility – Ilustración de la fórmula de expansión de la cama**

**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017) X (tasa de crecimiento esperada)**

2,062 usuarios únicos + [.04 tasa de crecimiento o 1,800 nuevos usuarios] X .040 proporción de todas las personas que utilizan el tipo de instalación durante el año fiscal 2017 = 72 usuarios proyectados adicionales x 3 años (año fiscal 2018, año fiscal 2019 y año fiscal 2020) = crecimiento esperado de 216 usuarios adicionales.

$2.062 + 216 = 2.278$  usuarios esperados

**Paso 2: Cálculo de usuarios por cama por año (año fiscal 2017)**

2.062 usuarios únicos (FY 2017) / 82 camas contratadas = 25,1 usuarios por cama, por año

**Paso 3: Cálculo de los usuarios esperados por cama por año**

Usuarios esperados = 2.278

$2.278$  usuarios previstos / 25,1 usuarios por cama, por año = 91 camas

Para acomodar una tasa de ocupación del 90%, los totales de camas se aumentarían para acomodar a 228 usuarios más o 9 camas adicionales.

**Paso 4: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente o se ajusta al 90% de ocupación**

100 camas necesarias para acomodar el año fiscal 2020 los usuarios esperados restan 82 camas exclusivas actuales del condado = **18 (tasa de ocupación del 90%) camas adicionales necesarias**

**ASAM LOC 3.1 – Residencial de Baja Intensidad + Perinatal**

**Paso 1: Usuarios únicos (año fiscal 2017-2018) X (tasa de crecimiento esperada)**

8,178 usuarios únicos + [.08 tasa de crecimiento estimada o 867 nuevos usuarios] X .75 proporción de

todas las personas que utilizan la categoría de tipo de instalación residencial SUD durante el año fiscal 2017-2018 = 650 usuarios proyectados adicionales x 2 años (año fiscal 2019 y año fiscal 2020) = crecimiento esperado de 1,300 usuarios adicionales.

$8.178 + 1.300 = 9.478$  usuarios esperados

**Paso 2: Cálculo de usuarios por cama por año (año fiscal 2017-2018)**

8.178 usuarios únicos (FY 2017-2018) / 2.083 camas contratadas = 3,92 usuarios por cama, por año

**Paso 3: Cálculo de los usuarios esperados por cama por año**

Usuarios esperados = 9.478

9.478 usuarios previstos / 3,92 usuarios por cama, por año = 2.418 camas

Para dar cabida a una tasa de ocupación del 90%, se aumentarían los totales de camas para dar cabida a 241 usuarios más o 62 camas adicionales.

**Paso 4: Calcular la expansión estimada de la capacidad de camas si se mantiene la utilización de camas existente y se ajusta a la ocupación del 90%**

Se necesitan 2,480 camas (2,418 + 62 = 2,480) para acomodar a los usuarios esperados del año fiscal 2020 restan 2,083 camas exclusivas actuales del condado = **397 (tasa de ocupación del 90%) camas adicionales necesarias**

**MERCER(US)INC.**

2325 East Camelback Road, Suite 600

Phoenix, AZ 85016

[www.mercer.com](http://www.mercer.com)

[m](#)