

**CONDADO DE LOS ÁNGELES
RESPUESTAS AL PLAN INTEGRADO DE LA
LEY DE SERVICIOS DE SALUD
CONDUCTUAL**

**Enviado al Departamento Estatal de
Servicios de Salud: enero de 2026**

**Publicado para la revisión pública
11 de febrero – 13 de marzo 2026**

Índice de Contenidos

Introducción	4
Información general.....	5
Visión general del sistema de salud conductual del condado.....	7
Poblaciones atendidas por el sistema de salud conductual del condado.....	7
Infraestructura técnica de salud conductual del condado.....	10
Entorno de prestación de servicios del sistema de salud conductual del condado	11
Transiciones de la atención	15
Metas estatales de salud conductual	16
Indicadores de salud conductual a nivel poblacional.....	16
Metas estatales de salud conductual prioritarias para la mejora.....	16
Metas estatales de salud conductual adicionales para la mejora	56
Metas estatales de salud conductual poblacional seleccionadas por el condado	60
Proceso de planificación comunitaria	67
Participación de las partes interesadas.....	67
Jurisdicción Local de Salud (LHJ)	71
Reinversión comunitaria del Plan de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP).....	74
Período de comentarios y audiencia pública	75
Continuo de atención de los servicios de salud conductual del condado	76
Seguimiento y supervisión de los proveedores del condado	76
Planes de mejora de la calidad de Medi-Cal	76
Ubicaciones de proveedores contratados por la BHSA.....	76
Ubicaciones de todos los proveedores de la BHSA	77
Programas de la Ley/Fondo de Servicios de Salud Conductual.....	79
Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS)	79
Programa de Asociación para Servicios Integrales.....	91
Intervenciones en Vivienda.....	102
Fondo de Servicios de Salud Conductual: Proyectos y programas piloto de salud conductual innovadores.....	132

Estrategia de la fuerza laboral.....	136
Mantener una red adecuada de proveedores calificados culturalmente receptivos.....	136
Desarrollar la fuerza laboral para cumplir con las metas estatales de salud conductual	136
Presupuesto y reserva prudencial.....	139
Aprobación y cumplimiento del plan.....	140
Certificación del Director de Salud Conductual.....	140
Certificación del Administrador del Condado o su designado	141
Apendices.....	142

Introducción

La Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA, por sus siglas en inglés) ([Proyecto de Ley del Senado \(SB\) 326, Capítulo 90, Estatutos de 2023](#)) exige que todos los Departamentos de Salud Conductual de los condados presenten un [Plan Integrado de Servicios y Resultados de Salud Conductual](#) de [tres años](#). Este documento debe detallar el uso previsto de los fondos y el presupuesto para los programas de salud conductual administrados, comenzando con los años fiscales (AF) 2026-2029 (del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2029).

Información general

1. **Presentación del condado, ciudad, poderes conjuntos o presentación conjunta**
Condado
2. **Nombre de la entidad (condado, ciudad, poderes conjuntos u otro)**
Los Ángeles
3. **Nombre de la agencia de salud conductual**
Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Prevención y Control del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles
4. **Dirección postal de la agencia de salud conductual**
Salud mental: 510 S. Vermont Avenue, Los Ángeles, CA 90020
SUD: 313 N. Figueroa St., Los Ángeles, CA 90012
5. **Contacto principal de salud mental**
 - a. **Nombre:** Lisa Wong, PsyD
 - b. **Correo electrónico:** lwong@dmh.lacounty.gov
 - c. **Teléfono:** (213) 947-6770
6. **Contacto secundario de salud mental**
 - a. **Nombre:** Kalene Gilbert, LCSW
 - b. **Correo electrónico:** kgilbert@dmh.lacounty.gov
 - c. **Teléfono:** (213) 943-8233
7. **Contacto principal de trastornos por consumo de sustancias**
 - a. **Nombre:** Gary Tsai, MD
 - b. **Correo electrónico:** gtsai@ph.lacounty.gov
 - c. **Teléfono:** (626) 299-4595
8. **Contacto secundario de trastornos por consumo de sustancias**
 - a. **Nombre:** Michelle Gibson, MPH
 - b. **Correo electrónico:** migibson@ph.lacounty.gov
 - c. **Teléfono:** (626) 299-4595
9. **Contacto principal de intervenciones de vivienda**
 - a. **Nombre:** Maria Funk, PhD
 - b. **Correo electrónico:** mfunk@dmh.lacounty.gov
 - c. **Teléfono:** (213) 943-8465
10. **Oficial de cumplimiento de los Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS, por sus siglas en inglés)**
 - a. **Nombre:** Venezia Mojarro
 - b. **Correo electrónico:** vmojarro@dmh.lacounty.gov
11. **Oficial de cumplimiento de los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS, por sus siglas en inglés)**
 - a. **Nombre:** Setareh Yavari
 - b. **Correo electrónico:** syavari@ph.lacounty.gov
12. **Coordinador de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA)**

Nombre	Correo electrónico
Kalene Gilbert	Kgilbert@dmh.lacounty.gov

13. **Enlace con la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés)**

Nombre	Correo electrónico
Stephanie Chor	schor@dmh.lacounty.gov
Gary Tsai, MD	gtsai@ph.lacounty.gov

14. **Líder de Garantía de Calidad o Mejora de la Calidad (QA/QI)**

Nombre	Correo electrónico
Jennnifer Hallman, LCSW, MPA	jhallman@dmh.lacounty.gov
Brian Hurley, MD	bhurley@ph.lacounty.gov

15. **Director médico**

Nombre	Correo electrónico
Curley Bonds II, MD	cbonds@dmh.lacounty.gov
Brian Hurley, MD	bhurley@ph.lacounty.gov

Visión general del sistema de salud conductual del condado

Proporcione la información del [sistema de salud conductual de la ciudad o del condado](#) (que incluya salud mental y trastornos por consumo de sustancias) que se solicita en esta sección. El propósito de este apartado es ofrecer una visión general de alto nivel sobre las poblaciones atendidas, la infraestructura tecnológica y los servicios prestados por el sistema de salud conductual local. Esta información tiene como fin respaldar la planificación del condado y garantizar la transparencia ante las partes interesadas. El Departamento de Servicios de Atención Médica reconoce que parte de la información proporcionada en esta sección puede cambiar durante el período de vigencia del Plan Integrado (IP, por sus siglas en inglés). Todos los datos deben basarse en el año fiscal anterior al inicio del desarrollo del plan (es decir, para el IP 2026-2029, se deben utilizar los datos del año fiscal 2023-2024).

Poblaciones atendidas por el sistema de salud conductual del condado

Incluye a las personas que han recibido atención a través del Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal del condado y a aquellas atendidas mediante otros programas de salud conductual del condado. Los indicadores de salud conductual a nivel poblacional, incluidos los referentes a afecciones de salud conductual no tratadas, se abordan en la sección de Metas Estatales de Salud Conductual y en el Libro de Trabajo de Indicadores de Salud Conductual a Nivel Poblacional del Condado. Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte las secciones 2.B.3 sobre Poblaciones Elegibles y 3.A.2 sobre el Contenido del Plan Integrado.

Niños y jóvenes

1. En la siguiente tabla, informe el número de niños y jóvenes (menores de 21 años) atendidos por el sistema de salud conductual del condado que cumplen con los criterios enumerados en cada fila. Los conteos pueden estar duplicados, ya que las personas pueden estar incluidas en más de una categoría.

Tabla 5 Número de niños y jóvenes atendidos

Criterios	Número de niños y jóvenes menores de 21 años
Recibieron Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal	85.700
Recibieron al menos un servicio de prevención o intervención temprana de trastornos por consumo de sustancias (SUD) a nivel individual	162
Recibieron servicios de Drug Medi-Cal (DMC) o del Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS)	2.092
Recibieron servicios de salud mental (MH) y de SUD a través del plan de salud mental (MHP) y del plan del condado de DMC o DMC-ODS	971
Accedieron al Programa Early Psychosis Intervention Plus (Intervención temprana en psicosis), de conformidad con la Parte 3.4 del Código de Bienestar e Instituciones (comenzando con la sección 5835), Atención Especializada Coordinada u otras prácticas similares basadas en evidencia y prácticas de evidencia definidas por la comunidad para programas de detección e intervención de psicosis temprana y trastornos del estado de ánimo	115
Se encontraban en situación de calle crónica, no tenían hogar o estaban en riesgo de perder su vivienda	6.277 ¹
Se encontraban en el sistema de justicia juvenil	526 ²
Han reingresado a la comunidad desde un centro correccional de menores	2.340 ³

Criterios	Número de niños y jóvenes menores de 21 años
Fueron atendidos por el Plan de Salud Mental y tenían un caso abierto de bienestar infantil	17.562
Fueron atendidos por el plan del condado de DMC o DMC-ODS y tenían un caso abierto de bienestar infantil	110
Han recibido atención psiquiátrica aguda	4.158 ⁴

¹Fuente de datos: El LACDMH utilizó los datos poblacionales de personas en hogares con al menos un adulto y un niño, menores de 18 años y personas en hogares conformados únicamente por menores, provenientes del Informe de Subpoblaciones y Poblaciones en Situación de Calle de los Programas de Asistencia para Personas sin Hogar del Continuo de Atención de HUD 2024. Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH

²Fuente de datos: Tablero de la Encuesta del Perfil de Detención Juvenil de la Junta de Correcciones Estatales y Comunitarias de California (BSCC, por sus siglas en inglés).

Datos del Departamento de Libertad Condicional del Condado: Población Diaria Promedio para 2025. Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH.

³Fuente de datos: Tablero de la Encuesta de Población Carcelaria de la Junta de Correcciones Estatales y Comunitarias de California (BSCC). El número promedio de jóvenes dados de alta por mes en 2024 fue de 195.

⁴Año fiscal 2024-2025

Adultos y adultos mayores

1. En la siguiente tabla, informe el número de adultos y adultos mayores (de 21 años en adelante) atendidos por el sistema de salud conductual del condado que cumplen con los criterios enumerados en cada fila. Los conteos pueden estar duplicados, ya que las personas pueden estar incluidas en más de una categoría.

Tabla 6. Adultos y adultos mayores atendidos

Criterios	Número de adultos y adultos mayores
Eran miembros con elegibilidad doble para Medicare y Medicaid	5.082
Recibieron SMHS de Medi-Cal	117.900
Recibieron servicios de DMC o DMC-ODS	29.800
Recibieron servicios de MH y SUD a través del MHP y del plan del condado de DMC o DMC-ODS	9.482
Se encontraban en situación de calle crónica, estaban sin hogar o estaban en riesgo de perder su vivienda	29,076 ¹
Se encontraban en situación de calle sin refugio	16,374 ²
Pasaron de estar en situación de calle sin refugio a tener un alojamiento (albergue de emergencia, vivienda de transición o vivienda permanente)	7,575 ³
Del total de personas que pasaron de estar en situación de calle a tener alojamiento, ¿cuántas realizaron la transición a una vivienda permanente?	337 ⁴
Pertenecían al sistema judicial (en libertad condicional o libertad vigilada y no encarcelados actualmente)	11,774 ⁵
Estaban encarcelados (incluyendo prisiones estatales y cárceles)	58,349 ⁶
Reingresaron a la comunidad desde una prisión estatal o cárcel del condado	31,980 ⁷
Recibieron servicios psiquiátricos agudos	19,167 ⁸

¹Fuente de datos: El LACDMH utilizó los datos poblacionales de personas con enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) provenientes del Informe de Subpoblaciones y Poblaciones sin Hogar de los Programas de Asistencia para Personas sin Hogar del Continuo de Atención de HUD 2024: 15,666. Esta cifra se combinó con los datos de SAPC: 13.410. Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH.

²Fuente de datos: El LACDMH utilizó los datos poblacionales de personas con enfermedades mentales graves (SMI) provenientes del Informe de Subpoblaciones y Poblaciones sin Hogar de los Programas de Asistencia para Personas sin Hogar del Continuo de Atención de HUD 2024: 11.263. Esta cifra se combinó con los datos de SAPC: 5.111. Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH.

³Fuente de datos: El LACDMH utilizó los datos poblacionales de personas con enfermedades mentales graves (SMI) provenientes del Informe de Subpoblaciones y Poblaciones sin Hogar de los Programas de Asistencia para Personas sin Hogar del Continuo de Atención de HUD 2024: 4.403. Esta cifra se combinó con los datos de SAPC: 3.532. Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH.

⁴La cifra reportada corresponde únicamente a SAPC. El LACDMH no cuenta con cifras para informar. Fuente de datos: [El Tablero de Impacto de la Iniciativa para Personas sin Hogar](#) reporta 26.972. Los conteos del tablero se derivan de datos mantenidos por múltiples proveedores de servicios y vivienda, estandarizados y analizados por la Oficina del Jefe de Información del Condado de Los Ángeles. Las fuentes de datos del sistema del Condado de Los Ángeles incluyen la Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles, Servicios de Salud, Salud Pública, Salud Mental y Servicios Públicos y Sociales. Colocaciones permanentes para el año fiscal 2023-2024. Es posible que estas cifras no

incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH.

⁵Fuente de datos: Los clientes del LACDMH incluidos son aquellos atendidos bajo la ley AB109, el Programa de Reintegración Comunitaria y aquellos con una población focal involucrada en el sistema judicial en el programa de Asociación para Servicios Integrales. Esta cifra representa un recuento inferior al real, dado que muchos clientes involucrados en el sistema judicial reciben servicios a través de programas ambulatorios adicionales (5,877).

⁶Fuente de datos: Tablero de la Encuesta de Población Carcelaria de la Junta de Correcciones Estatales y Comunitarias de California (BSCC): Año calendario 2024.

⁷Fuente de datos: Datos extraídos el 18/12/2025 del Condado de Los Ángeles: Oficina del Jefe de Información: Centro de Datos Judiciales: [Tablero de Personas Liberadas Restado](#). La cifra se obtuvo restando el número promedio de personas liberadas bajo custodia (27,612) del número promedio de reclusos liberados (59,592). Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por el LACDMH. SAPC reportó 182. Período: enero de 2025 a octubre de 2025.

⁸Año fiscal 2024-2025

2. **Ingrese la cantidad de personas en centros designados y aprobados que fueron...**
 - a. **Admitidas o detenidas para evaluación y tratamiento de 72 horas:** 50,507
 - b. **Admitidas para períodos de tratamiento intensivo de 14 días:** 32,492
 - c. **Admitidas para períodos de tratamiento intensivo de 30 días:** 3,317
 - d. **Admitidas para tratamiento intensivo de 180 días posterior a la certificación:** N/A
3. **Informe la población total inscrita en los programas de la Ley Lanterman-Petris-Short (LPS) del Departamento de Hospitales Estatales (DSH):** 1,814
4. **Informe la población total inscrita en proyectos de soluciones comunitarias del DSH (por ejemplo, programas de restauración y desvío basados en la comunidad):** N/A
5. **De los datos informados en esta sección, ¿existe algún área sobre la cual el condado desee proporcionar contexto adicional para el entendimiento del DHCS?**
No
6. **Describa los datos locales utilizados durante el proceso de planificación:**
Los datos locales incluyeron recuentos de clientes de Medi-Cal desglosados por edad, raza y origen étnico para fundamentar la planificación y ayudar a identificar disparidades.
7. **Si lo desea, proporcione documentación sobre los datos locales utilizados durante el proceso de planificación:** N/A

Infraestructura técnica de salud conductual del condado

Las ciudades que presenten su Plan Integrado de manera independiente a sus condados no tienen que completar esta sección.

1. **¿Utiliza el sistema de salud conductual del condado un Registro de Salud Electrónico (EHR)?** Sí
 - a. **El condado utiliza el siguiente EHR:** Netsmart
2. **¿Participa el sistema de salud conductual del condado en una Organización de Información de Salud Calificada (QHIO)?** Sí
 - a. **El condado participa en la siguiente QHIO:** Los Angeles Network for Enhanced Services (LANES)

Información sobre la Interfaz de Programación de Aplicaciones

Los condados deben implementar Interfaces de Programación de Aplicaciones (API, por sus siglas en inglés) de conformidad con el [Aviso de Información de Salud Conductual \(BHIN, por sus siglas en inglés\) 22-068](#) y las leyes federales.

1. **Proporcione el enlace al punto de acceso de la API del condado en el sitio web del plan de salud conductual del condado:**
 - <https://hidex.dmh.lacounty.gov/provider/metadata>
 - API de acceso para pacientes: <https://pax.sapc.ph.lacounty.gov/swagger/index.html>
 - API del directorio de proveedores: <https://pdex.sapc.ph.lacounty.gov/swagger/index.html>
2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud en la implementación de estos requisitos?** No
3. **Los condados deben cumplir con los requisitos de intercambio de datos de admisión, alta y traslado, según se detalla en los anexos de los BHIN [23-056](#), [23-057](#) y [24-016](#). ¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud en la implementación de estos requisitos?** No

Entorno de prestación de servicios del sistema de salud conductual del condado

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la introducción de la sección 6.C.1, "Promoción del acceso a la atención a través del uso eficiente de los recursos estatales y del condado".

Subvención de Proyectos para la Asistencia en la Transición de la Falta de Vivienda (PATH, por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés)

1. **¿Participará el condado en la subvención PATH de la SAMHSA durante el período del Plan Integrado? Sí**
 - a. El sistema de salud conductual del condado tiene previsto prestar los siguientes servicios bajo la subvención PATH:
 - Servicios de tratamiento por consumo de alcohol o drogas
 - Servicios de gestión de casos
 - Servicios comunitarios de salud mental
 - Servicios de habilitación y rehabilitación
 - Servicios de alcance comunitario
 - Remisiones a servicios de atención primaria de salud, capacitación laboral, servicios educativos y servicios de vivienda
 - Servicios de detección y tratamiento diagnóstico
 - Capacitación del personal, incluyendo la formación de personas que trabajan en albergues, clínicas de salud mental, programas para trastornos por consumo de sustancias y otros sitios donde las personas en situación de calle requieren servicios
2. **Las remisiones del condado para atención primaria de salud, capacitación laboral, servicios educativos y servicios de vivienda son las siguientes:**
 - Costos asociados con la vinculación de personas elegibles en situación de calle con opciones de vivienda adecuadas
 - Mejora de la coordinación de los servicios de vivienda
 - Pagos de alquiler por única vez para prevenir desalojos
 - Planificación de vivienda
 - Depósitos de seguridad
 - Asistencia técnica para solicitar vivienda
3. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Subvención en Bloque para Servicios Comunitarios de Salud Mental (MHBG, por sus siglas en inglés)

1. **¿Participará el sistema de salud conductual del condado en alguna de las reservas de fondos de la MHBG durante el período del Plan Integrado? Sí**
 - a. **El sistema de salud conductual del condado tiene previsto participar en lo siguiente bajo la MHBG:**
 - Reserva para el Sistema de Atención Infantil
 - Asignación discrecional/base
 - Reserva para diagnóstico dual
 - Reserva para el primer episodio de psicosis
 - Reserva para la Agencia de Servicios Integrados

2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Subvención en Bloque para Servicios de Prevención, Tratamiento y Recuperación de Abuso de Sustancias (SUBG, por sus siglas en inglés)

1. **¿Participará el sistema de salud conductual del condado en alguna de las reservas de fondos de la SUBG durante el período del Plan Integrado? Sí**
- a. **El sistema de salud conductual del condado participa en las siguientes reservas bajo la SUBG:**
- Reserva para adolescentes y jóvenes
 - Fondos discrecionales
 - Reserva para servicios perinatales
 - Reserva para prevención primaria
2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Fondos de acuerdos por opioides (OSF, por sus siglas en inglés)

1. **¿Tiene el sistema de salud conductual del condado gastos previstos para los OSF durante el período del Plan Integrado? Sí**
- a. **El sistema de salud conductual del condado participa en las siguientes categorías de reserva bajo el Anexo E de los OSF:**
- Atender las necesidades de personas involucradas en el sistema de justicia penal
 - Atender las necesidades de mujeres embarazadas o con hijos y sus familias, incluyendo bebés con síndrome de abstinencia neonatal
 - Vincular a las personas que necesitan ayuda con la asistencia adecuada (conexiones con la atención)
 - Primeros intervinientes
 - Liderazgo, planificación y coordinación
 - Prevenir el uso indebido de opioides
 - Prevenir muertes por sobredosis y otros daños (reducción de daños)
 - Prevenir el exceso de prescripciones y garantizar la receta y dispensación adecuada de opioides
 - Apoyar a las personas en tratamiento y recuperación
 - Tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés)
 - Capacitación
2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Ley Bronzan-McCorquodale

El sistema de salud conductual del condado tiene el mandato de prestar los siguientes servicios comunitarios de salud mental, tal como se describen en la Ley Bronzan-McCorquodale (BMA):

- Gestión de casos
- Evaluación y valoración integral
- Servicios grupales
- Plan de servicios individuales
- Educación y administración de medicamentos
- Servicios de precrisis y de crisis
- Servicios de rehabilitación y apoyo

- Servicios residenciales
 - Servicios para personas en situación de calle
 - Servicios de tratamiento las veinticuatro horas
 - Rehabilitación vocacional
1. **Además, los fondos de la BMA pueden utilizarse para los servicios específicos identificados en la siguiente lista. Los servicios financiados con fondos de la BMA incluyen: N/A**
 2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Reestructuración de la Seguridad Pública (Reestructuración de 2011)

El sistema de salud conductual del condado tiene la obligación de prestar los siguientes servicios, los cuales pueden financiarse bajo la Reestructuración de la Seguridad Pública (Reestructuración de 2011):

- Tribunales de drogas
- Servicios Especializados de Salud Mental de Medi-Cal, incluyendo Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)
- Servicios de Drug Medi-Cal regulares y perinatales
- Servicios del Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal regulares y perinatales, incluyendo EPSDT
- Servicios de Medi-Cal no relacionados con drogas regulares y perinatales

1. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No**

Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal

El sistema de salud conductual del condado tiene el mandato de prestar los siguientes servicios bajo la autoridad de los SMHS:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Intervención en crisis
- Servicios de tratamiento residencial de crisis
- Estabilización de crisis
- Rehabilitación diurna
- Tratamiento diurno intensivo
- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios móviles ante crisis
- Servicios en centros de salud psiquiátrica
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- Gestión de casos específicos
- Terapia familiar funcional para personas menores de 21 años
- Servicios integrales de alta fidelidad para personas menores de 21 años
- Coordinación de atención intensiva para personas menores de 21 años
- Servicios intensivos a domicilio para personas menores de 21 años
- Terapia multisistémica para personas menores de 21 años
- Terapia de interacción entre padres e hijos para personas menores de 21 años
- Servicios terapéuticos de salud conductual para personas menores de 21 años
- Cuidado de crianza terapéutico para personas menores de 21 años

- Cualquier otro SMHS médicamente necesario para personas menores de 21 años

1. El sistema de salud conductual del condado ha optado por prestar los siguientes SMHS específicos de Medi-Cal identificados al 30 de junio de 2026:

- Servicios de casas club
- Servicios mejorados de CHW
- Servicios de apoyo entre pares

2. ¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No

Drug Medi-Cal (DMC)/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS)

1. El sistema de salud conductual del condado participa en lo siguiente:

Programa DMC-ODS

Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS)

El sistema de salud conductual del condado tiene el mandato de prestar los siguientes servicios como parte del Programa DMC-ODS (actualmente el DHCS sigue las directrices establecidas en el mismo):

- Servicios de coordinación de la atención
- Interconsultas clínicas
- Servicios de tratamiento ambulatorio (Nivel 1 de ASAM)
- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo (Nivel 2.1 de ASAM)
- Tratamientos Asistidos con Medicamentos (MAT), incluidos los servicios del Programa de Tratamiento de Narcóticos (NTP)
- Servicios móviles ante crisis
- Servicios de recuperación
- Servicios de tratamiento residencial (Niveles 3.1, 3.3, 3.5 de ASAM)
- Sanadores tradicionales y ayudantes naturales
- Servicios de manejo de abstinencia
- Cualquier otro servicio médicamente necesario para personas menores de 21 años
- Intervención temprana para personas menores de 21 años

1. El sistema de salud conductual del condado ha optado por prestar los siguientes servicios específicos de Medi-Cal para trastornos por consumo de sustancias (SUD) identificados al 30 de junio de 2026:

- Servicios mejorados de trabajadores de salud comunitaria (CHW)
- Servicios para pacientes internados (Niveles 3.7 y 4.0 de ASAM)
- Servicios de apoyo entre pares
- Programa de incentivos para la recuperación (gestión de contingencias)

2. ¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud respecto a la implementación de los requisitos de este programa? No

Otros programas y servicios

1. La siguiente es una lista de otros programas y servicios que el sistema de salud conductual del condado presta a través de otras subvenciones federales u otros programas de salud mental y SUD del condado:

Programas de SAPC:

- Prevención de SUD, servicios para jóvenes y servicios perinatales ajenos a

DMC-ODS (financiados a través de la subvención federal en bloque para el consumo de sustancias).

- Vigilancia y notificación de sobredosis (financiado a través de la subvención federal de los CDC: Datos sobre Sobredosis para la Acción).
- Servicios de tratamiento residencial para mujeres y niños (financiados a través de las leyes estatales AB188/SB1020).
- Programación de viviendas puente para la recuperación por un período de hasta 180 días en un lapso de 12 meses, con la posibilidad de 180 días adicionales si aún no han obtenido una vivienda permanente o estable, destinada a personas en situación de calle que eligen viviendas basadas en la abstinencia (financiamiento de la Medida H del Condado de LA).
- Subsidios de alquiler para Viviendas Permanentes de Apoyo y servicios que incluyen alcance comunitario en el lugar, evaluación y navegación de servicios (financiamiento de la Medida H del Condado de LA).
- Programas de justicia juvenil que brindan detección, asesoramiento, participación familiar y servicios de apoyo, liderazgo y tutoría (financiados a través de la Ley de Prevención de la Delincuencia Juvenil, la Subvención en Bloque para la Reestructuración de la Justicia Juvenil (JJRBG) del Departamento de Libertad Condicional y fondos del Departamento de Justicia).
- Programas para casos de conducción bajo los efectos del alcohol o drogas (DUI) (financiados a través de fondos estatales para DUI).
- Servicios del Programa de Alcance en Viviendas Provisionales (IHOP): servicios de educación, vinculación, navegación y reducción de daños (financiados a través de fondos de innovación de la MHSA).

Programas del DMH:

- Programa de Subvenciones para el Bienestar de Salud Mental para Niños y Jóvenes (Programa de Subvenciones CY) para Unidades de Estabilización de Crisis, las Villas de Atención Restaurativa Martin Luther King y Olive View, y la Villa de Atención Restaurativa High Desert
- Programa de Incentivos para Vivienda y Personas en Situación de Calle
- Subvención de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes
- Programa de Subvenciones para la Preservación y Expansión de la Atención Comunitaria
- Servicios de Personal Temporal - Subvención de Respuesta a Emergencias de la SAMHSA
- Subvención de la Ley de Servicios de Salud Mental Estudiantil (Subvención MHSSA)
- Subvención SAMHSA-SERG: Esfuerzos de Recuperación del Condado de Los Ángeles e Incorporación de Urgencia en la Implementación de Apoyo por Desastre a Largo Plazo

Transiciones de la atención

1. **¿Ha implementado el condado la Herramienta de Transición de la Atención exigida por el estado para los servicios de salud mental de Medi-Cal (adultos y jóvenes)?** Sí
2. **¿Incluye el Memorando de Entendimiento del condado una descripción del sistema utilizado para realizar la transición de la atención de un miembro entre su plan de salud mental y su plan de atención administrada, basándose en la condición de salud de dicho miembro?** Sí

Metas estatales de salud conductual

Indicadores de salud conductual a nivel poblacional

Las metas estatales de salud conductual y sus indicadores asociados a nivel poblacional deben utilizarse en el proceso de planificación de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) del condado; asimismo, deben fundamentar la planificación de recursos y la implementación de intervenciones específicas para mejorar los resultados durante el año o los años fiscales abordados en el IP. Para obtener más información sobre las metas estatales de salud conductual, consulte el Capítulo 2, Sección C, del Manual de Políticas.

Revise el estado de su condado en cada indicador de salud conductual a nivel poblacional, incluyendo las medidas principales y complementarias para cada una de las 14 metas. Todos los indicadores son de acceso público y los condados pueden revisar su situación accediendo a ellos mediante las instrucciones proporcionadas por el DHCS y el Libro de Trabajo de Indicadores de Salud Conductual a Nivel Poblacional del Condado.

Como parte de esta revisión, los condados tienen la obligación de evaluar las disparidades relacionadas con las seis metas estatales prioritarias de salud conductual. Se recomienda a los condados utilizar sus herramientas, métodos y sistemas actuales para respaldar este análisis, pudiendo también incorporar fuentes de datos locales para fortalecer su evaluación.

Tenga en cuenta que varios indicadores de la Fase 1 incluyen estratificaciones demográficas (como raza, sexo, edad e idioma hablado), las cuales se incluyen en las secciones que figuran a continuación.

Los condados también pueden utilizar datos locales para realizar análisis adicionales que vayan más allá de estas categorías demográficas, con el fin de reforzar su evaluación y comprender mejor las necesidades de la comunidad.

Metas estatales de salud conductual prioritarias para la mejora

Los condados tienen la obligación de abordar las seis metas estatales de salud conductual prioritarias en esta sección. Las ciudades deben utilizar los datos correspondientes al condado en el que se encuentran. Por lo tanto, la ciudad de Berkeley debe utilizar los datos del condado de Alameda y Tri-City debe utilizar los del condado de Los Ángeles. Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección [E.6.2, "Indicadores principales y complementarios"](#).

Acceso a la atención

Acceso a la atención: Indicadores principales

Tasas de penetración de los Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) para adultos y para niños y jóvenes (DHCS), año fiscal 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?
 - a. En el caso de adultos y adultos mayores: superior
 - b. En el caso de niños y jóvenes: superior
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Raza o etnia y sexo

Tasas de penetración de los Servicios de Salud Mental No Especializados (NSMHS) para adultos y para niños y jóvenes (DHCS), año fiscal 2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?**
 - a. En el caso de adultos y adultos mayores: inferior
 - b. En el caso de niños y jóvenes: inferior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Raza o etnia y sexo

Tasas de penetración de Drug Medi-Cal (DMC) para adultos y para niños y jóvenes (DHCS), año fiscal 2022-2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?**
 - a. En adultos y adultos mayores: N/A
 - b. En niños y jóvenes: N/A
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Tasas de penetración del Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) para adultos y para niños y jóvenes (DHCS), año fiscal 2022-2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?**
 - a. En el caso de adultos y adultos mayores: inferior
 - b. En el caso de niños y jóvenes: inferior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Acceso a la atención: Indicadores complementarios

Inicio del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (IET-INI) (DHCS), año fiscal 2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?** Superior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Acceso a la atención: Análisis de disparidades

1. **Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.**

El Indicador 1 analiza las disparidades en las tasas de penetración para adultos de 21 años o más que recibieron uno o más Servicios Especializados de Salud Mental a través de un Plan de Salud Mental de Medi-Cal en el condado de Los Ángeles en 2022, desglosados por raza y etnia. Los datos muestran que los adultos de origen asiático e isleños del Pacífico, así como los adultos hispanos, están subrepresentados en la penetración de servicios, con tasas de 0.64 y 0.69, respectivamente. Por el contrario, los adultos nativos de Alaska/indígenas americanos, afroamericanos y blancos están sobrerrepresentados, con tasas de penetración de 3.49, 2.29 y 1.66, respectivamente.

El Indicador 2 examina las disparidades en las tasas de penetración entre niños y jóvenes menores de 21 años que recibieron uno o más Servicios Especializados de Salud Mental a través de un Plan de Salud Mental de Medi-Cal en el condado de Los Ángeles en 2022,

desglosados por raza y etnia. Los datos indican que los niños y jóvenes de origen asiático e isleños del Pacífico, así como los blancos, están subrepresentados en la penetración de servicios, con tasas de 0.28 y 0.54, respectivamente. En cambio, los niños y jóvenes nativos de Alaska/indígenas americanos, hispanos y afroamericanos están sobrerrepresentados, con tasas de penetración de 25.09, 1.21 y 1.15, respectivamente.

El Indicador 3 analiza las disparidades en las tasas de penetración para adultos de 21 años o más que recibieron uno o más servicios de salud mental no especializados a través de un Plan de Salud Mental en el condado de Los Ángeles en 2022, desglosados por raza y etnia. Los datos muestran que los adultos hispanos y los de origen asiático e isleños del Pacífico están subrepresentados en la penetración de servicios de salud mental no especializados, con tasas de 0.79 y 0.86, respectivamente. Por el contrario, los adultos nativos de Alaska/indígenas americanos, blancos y afroamericanos están sobrerrepresentados, con tasas de penetración de 2.05, 1.86 y 1.34, respectivamente.

El Indicador 4 examina las disparidades en las tasas de penetración entre niños y jóvenes menores de 21 años inscritos en un plan de atención administrada de Medi-Cal que recibieron uno o más servicios de salud mental no especializados en 2022, desglosados por raza. Los datos indican que los niños y jóvenes blancos, afroamericanos y de origen asiático e isleños del Pacífico están subrepresentados en la penetración de servicios de salud mental no especializados, con tasas de 0.62, 0.76 y 0.79, respectivamente. En cambio, los niños y jóvenes hispanos y los nativos de Alaska/indígenas americanos están sobrerrepresentados, con tasas de penetración de 1.19 y 1.09, respectivamente.

En cuanto a los servicios específicos para trastornos por consumo de sustancias (SUD), la población adulta del condado de Los Ángeles se sitúa por debajo (0.9%) de la tasa de penetración media estatal (1.5%) del Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS). Además, en el condado de Los Ángeles, los latinos representaron de manera constante la mayor proporción de todos los ingresos a tratamiento por SUD, cifra que aumentó del 48% en el año fiscal 2017-18 al 56% en el año fiscal 2022-23. Asimismo, entre quienes recibieron servicios por SUD en el año fiscal 2023-2024, el 54.5% de los pacientes informó tener problemas de salud mental al momento de la admisión, el 42.3% se encontraba en situación de calle y el 20.0% estaba involucrado en el sistema de justicia penal.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron diversos factores interrelacionados que impulsan las disparidades en el acceso a la atención. La discriminación y el estigma continúan generando barreras significativas para ciertas poblaciones, lo que desalienta a las personas a buscar servicios o a mantenerse vinculadas a ellos. La limitada competencia de los proveedores agrava aún más estos desafíos, particularmente debido a la falta de una atención afirmativa para las personas LGBTQ+. Además, persiste una deficiencia en la accesibilidad como resultado de la insuficiencia de opciones de tratamiento que sean afirmativas y culturalmente apropiadas. Las partes interesadas también señalaron una falta de coordinación entre los servicios para personas en situación de calle y los programas de salud mental y consumo de sustancias, lo que debilita la continuidad de la atención. Finalmente, la complejidad de los sistemas de ingreso (especialmente los requisitos de documentación) representa una barrera adicional que restringe el acceso oportuno al tratamiento.

Soluciones integrales: las partes interesadas identificaron varias soluciones integrales para abordar estos factores y aumentar el acceso a la atención. Estas incluyen la mejora de la vivienda, de los servicios ambulatorios y de otros servicios de apoyo para reducir las barreras que limitan la capacidad de las personas para participar en su atención.

Asimismo, destacaron la importancia de incrementar los esfuerzos de alcance y vinculación comunitaria para llegar a comunidades que trascienden a las poblaciones de clientes actuales. Se identificó la mejora de las competencias de los proveedores, mediante capacitaciones específicas, como una estrategia crítica para ampliar el acceso a una atención afirmativa, especialmente para los grupos marginados. Además, se consideró esencial fortalecer la colaboración entre los diversos sistemas de atención (como los de vivienda, salud mental y servicios por consumo de sustancias) para mejorar la integración y la continuidad del cuidado. Las partes interesadas recalcaron también la necesidad de ofrecer opciones de atención más flexibles y con menos barreras que se adapten a la realidad de las personas en el lugar donde se encuentren. Por último, se señaló que garantizar una recopilación de datos precisa e inclusiva es un paso fundamental para mejorar la comprensión de la población LGBTQ+ y fundamentar una planificación de servicios más receptiva.

Acceso a la atención: Preguntas transversales a los indicadores

- 1. Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para aumentar el nivel de acceso a la atención en su jurisdicción. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, el desarrollo de una intervención dirigida a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH)

El DMH trabaja para mejorar el acceso a la atención a través de los siguientes programas y servicios:

- Casa Club: al ofrecer centros locales para que los clientes asistan diariamente (fomentando un sentido de comunidad, pertenencia y empoderamiento, mientras se enseñan habilidades transferibles al empleo), la Casa Club crea un nuevo punto de acceso dentro de nuestro sistema de atención. Las Casas Club ofrecen membresía vitalicia voluntaria, una "jornada laboral organizada", empleo y educación con apoyo, asistencia integral más allá de la atención clínica, apoyo entre pares y conexión social, además de una reducción en las hospitalizaciones.
- Asociación para Servicios Integrales (ACT/FACT y FSP-ICM)
 - Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT): equipos comunitarios multidisciplinarios brindan apoyo a personas con enfermedades mentales graves (SMI) o con diagnósticos concurrentes de SMI y trastornos por consumo de sustancias (SUD) que se encuentran en situación de calle, son usuarios recurrentes de servicios y/o están involucradas en el sistema de justicia con deterioros funcionales significativos. El objetivo es ayudar a las personas a manejar sus síntomas, desenvolverse en la comunidad, obtener o mantener empleo y vivienda, y establecer vínculos sociales.
 - ACT Forense (FACT): es una variante del modelo ACT para personas involucradas en el sistema de justicia, que cuenta con personal y capacitación especializados, incluyendo a un miembro del equipo con experiencia personal en el sistema de justicia penal. En muchos casos, los mismos equipos prestan servicios de ACT y FACT.
 - Asociación para Servicios Integrales – Gestión de Casos Intensiva (FSP-ICM): es un modelo basado en equipos y centrado en la recuperación con menor intensidad que el modelo ACT/FACT. Atiende a personas con SMI o diagnósticos concurrentes de SMI/SUD que están en situación de calle, son

usuarios recurrentes de servicios, están involucradas en el sistema de justicia o en situación de riesgo y presentan deterioros funcionales moderados.

- Centros de Respiro entre Pares: estos centros amplían los puntos de acceso en todo el condado, ofreciendo una atención no tradicional centrada en el malestar para personas que aún no se encuentran en una situación de crisis, brindando así una vía local de apoyo.
- Programa de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP): los CRTP brindan estabilización como una alternativa a los servicios de emergencia y a la atención psiquiátrica para pacientes internados, permitiendo el acceso oportuno a entornos de mayor agudeza para quienes tienen necesidades más apremiantes. Ofrecen actividades terapéuticas y el desarrollo de habilidades para facilitar la transición de regreso a la vida comunitaria.
- Estabilización de crisis: brinda acceso inmediato a servicios de crisis las 24 horas, los 7 días de la semana, incluyendo atención sin cita previa, Equipos Psiquiátricos de Respuesta Móvil (PMRT), traslados por parte de las fuerzas del orden y Centros de Atención de Urgencia (UCC). El objetivo es desescalar las crisis, vincular a los clientes con los servicios y evitar niveles de atención más elevados. El seguimiento dentro de las 24 horas garantiza conexiones continuas o apoyo domiciliario/telefónico para derivar a los clientes a los servicios pertinentes.
- Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS): los ERS funcionan como una etapa de transición en el Continuo de Atención de salud mental tras una internación o entornos de tratamiento cerrados. Su propósito es mantener la vinculación con los servicios y la estabilidad en la comunidad, generando a su vez capacidad para el tratamiento residencial a largo plazo cuando sea necesario.
- Equipos de Colaboración con las Fuerzas del Orden (LET): los LET responden a llamadas al 911 relacionadas con la salud mental con el fin de vincular a las personas con los servicios, reducir la frecuencia de llamadas subsiguientes y prevenir hospitalizaciones.
- Tratamiento Diurno Intensivo/Rehabilitación Diurna (DTI/DR): los programas DTI/DR asisten a los clientes en la transición desde la atención de agudos o de crisis hacia una estabilización ambulatoria de mayor intensidad. Esto fortalece el Continuo de Atención mediante intervenciones comunitarias intensivas cuando las visitas ambulatorias de rutina resultan insuficientes.
- Programa EPI-LA/Atención Especializada Coordinada – Servicio para el Primer Episodio de Psicosis: atiende a jóvenes y adultos de entre 12 y 40 años que experimentan síntomas psicóticos atenuados o un primer episodio psicótico. EPI-LA prioriza la admisión rápida y el acceso oportuno a medicamentos cuando es necesario. El programa cuenta con ocho sedes de proveedores y planea expandirse a zonas de alta necesidad. Financiamiento: Intervención Temprana de MHSA/BHSA + EPSDT/Medi-Cal.
- Centros Médicos Infantiles: servicios de salud mental ubicados dentro de las Clínicas Medical HUB para garantizar el acceso de los niños y jóvenes involucrados con el DCFS que se someten a exámenes médicos. Los servicios incluyen detecciones, intervención en crisis y gestión de casos.
- Cuidado de Crianza Especializado (SFC): el SFC presta servicios de salud mental y vinculación con servicios para jóvenes y familias involucradas en el sistema de bienestar infantil, con el objetivo de prevenir separaciones o reducir las colocaciones fuera del hogar. Financiamiento: EPSDT.
- Equipo de Evaluación Multidisciplinaria (MAT): el MAT realiza evaluaciones integrales, oportunas y basadas en las fortalezas para niños y jóvenes de 0 a 18 años, con el fin de mejorar el acceso temprano, la coordinación y la seguridad de quienes se encuentran en entornos de acogida.

- Hollywood 2.0: es un programa piloto innovador en Hollywood, inspirado en Trieste (Italia) y liderado por el DMH del condado de Los Ángeles y Hollywood 4WRD. Equipos de médicos, gestores de casos y socios comunitarios brindan una atención integral centrada en la persona para individuos con enfermedades mentales graves, aprovechando clínicas ambulatorias, viviendas provisionales o permanentes y una red de apoyos para crear un sistema orientado a la recuperación.
- Servicios para Veteranos y Familias de Militares (VMFS): el VMFS vincula a los departamentos del condado, organizaciones sin fines de lucro, la VA (Administración de Veteranos) y programas municipales para brindar apoyo emocional y servicios especializados de salud mental, atendiendo las necesidades de los veteranos y sus familias.
- Bienestar de la Mujer (WWC): el WWC ofrece un espacio centrado en la mujer y diseñado en torno al apoyo entre pares, donde los trabajadores de salud comunitaria brindan orientación ante los factores de estrés cotidianos, terapia de salud mental y terapia ocupacional para respaldar el bienestar y las metas vocacionales. Este programa incluye a personas transgénero y de género diverso.
- Hogares de Refugio Terapéutico (TSH): los TSH brindan hasta 10 días de atención residencial temporal a niños y jóvenes que han sufrido abuso o negligencia (Sección 300 del WIC), con la opción de atender a dependientes adultos no menores (NMD) de entre 18 y 21 años en el condado de Los Ángeles.
- Individuo Calificado (QI): las evaluaciones de QI determinan el entorno más adecuado y menos restrictivo para niños, jóvenes y adultos no menores (NMD) dentro de los sistemas de bienestar infantil o de libertad condicional, con el fin de fomentar la colocación en entornos familiares y la estabilidad a largo plazo.
- DYD - Mensajeros Creíbles: este programa consiste en tutorías impartidas por pares jóvenes para ampliar el acceso a recursos y servicios destinados a jóvenes de color que se ven afectados negativamente y de manera desproporcionada por los sistemas y servicios tradicionales. Los servicios se dirigen a jóvenes de 18 a 25 años e incluyen la capacitación de los pares mensajeros, la evaluación de necesidades de los jóvenes para su asignación con mentores, mentorías individuales a cargo de jóvenes con experiencia personal, actividades grupales, intervención en crisis, participación familiar y vinculación con recursos y derivaciones.
- First 5 - Visitas Domiciliarias: Healthy Families America (HFA) y Parents as Teachers (PAT) son programas nacionales de visitas domiciliarias basados en evidencia y respaldados por investigaciones que recopilan información familiar para adaptar los servicios a todo el grupo familiar. Los programas ofrecen visitas semanales o quincenales destinadas a promover relaciones positivas entre padres e hijos y un apego saludable. Este programa de visitas domiciliarias priorizará las zonas donde los datos indiquen un alto número de familias involucradas con los servicios de protección infantil.
- DCFS - Prevención y Cuidado Posterior: diez agencias comunitarias líderes que prestan una variedad de servicios a la comunidad para empoderar, defender, educar y conectar a las personas. Estos servicios refuerzan los factores de protección al brindar apoyo y comunidad para mitigar los efectos adversos de las experiencias infantiles traumáticas (ACE, por sus siglas en inglés) y los determinantes sociales de la salud.
- Departamento de Arte y Cultura - Bienestar Creativo: un enfoque no tradicional basado en el arte y la cultura para promover la salud mental en jóvenes y cuidadores. El modelo ofrece estrategias innovadoras de salud y bienestar mental que incluyen talleres artísticos con un enfoque de sanación y relevancia cultural para jóvenes, así como desarrollo profesional, asesoramiento y apoyo emocional para los adultos que trabajan con ellos. Las actividades del proyecto fomentan el desarrollo cognitivo, social y emocional positivo, además de promover un estado de bienestar integral.

- Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad de Antelope Valley (CFRC móviles): estos centros tienen como objetivo rediseñar la prestación de servicios, crear trayectorias profesionales y reducir el estigma, al tiempo que disminuyen los factores de riesgo, mejoran los factores de protección y adoptan a los niños, las familias y las comunidades como agentes de cambio. El CFRC de Antelope Valley está diseñado para crear un espacio (o una red de espacios) coordinado entre el sector público y privado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos de la zona puedan acceder fácilmente a los servicios que necesitan para mejorar su bienestar.
- CFRC (Distritos de Supervisión 1 a 5): los Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad (CFRC) están diseñados para crear un espacio coordinado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos puedan acceder fácilmente a los servicios necesarios para mejorar su bienestar. Los CFRC forjarán alianzas con redes de atención de confianza, líderes comunitarios, organizaciones de base comunitaria y entidades públicas y privadas para aprovechar los puntos fuertes y las capacidades de cada uno, respondiendo así de la mejor manera a las necesidades de las personas y familias de la comunidad a la que atienden.
- Friends of the Children (FOTC): el objetivo de FOTC es prevenir el ingreso al sistema de cuidado de crianza y mejorar la estabilidad y el bienestar de aquellas familias identificadas por el DCFS con el mayor riesgo de ser separadas. FOTC brinda mentoría profesional individual a los niños durante más de 12 años, comenzando alrededor de los 4 a 6 años de edad. Los mentores están capacitados para brindar apoyo a los cuidadores, promover la autogestión y generar oportunidades para establecer conexiones entre pares y con la comunidad de manera culturalmente receptiva.
- Wolf Connection: se trata de un programa de empoderamiento juvenil que funciona además como santuario y centro de rescate de perros lobo. Wolf Connection ofrece programas educativos y de empoderamiento únicos que transforman vidas a través de relaciones e interacciones vivenciales con lobos rescatados y el entorno natural. El programa "Power of the Pack" (El poder de la manada) es una experiencia de aprendizaje digital y empoderamiento para estudiantes de 11 a 18 años. Esta iniciativa híbrida combina 12 lecciones educativas en línea con actividades presenciales. El equipo de Wolf Connection visita los centros para facilitar educación basada en el vínculo con los lobos (con o sin la presencia de los animales). Además, se utilizan visitas de un día al Wolf Heart Ranch como incentivo o celebración al completar el programa en línea.
- Promotores: el Programa de Promotores Unidos de Salud Mental tiene como objetivo reducir el estigma relacionado con la salud mental en todo el condado de Los Ángeles, particularmente en grupos culturales y lingüísticos marginados. Los promotores de salud mental interactúan con los miembros de la comunidad y los vinculan con el Departamento de Salud Mental y otros recursos mediante métodos con sensibilidad cultural. Sus servicios abarcan el alcance comunitario, la facilitación de talleres de salud mental para combatir el estigma, la derivación a servicios de salud mental y la prestación de servicios de triaje y apoyo en salud mental según las necesidades de la comunidad.
- Socios Comunitarios - Promotores Unidos de Salud Mental: un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que atiende al condado de Los Ángeles brindando servicios de prevención en salud mental (por ejemplo, vinculación, alcance y capacitación). Se enfoca en fortalecer a nuestras comunidades y generar trayectorias profesionales para sus integrantes. El programa contempla ocho equipos de promotores o agencias contratistas por cada Distrito de Supervisión, con nueve miembros de personal por equipo.

- NAMI Urban LA y Greater LA: ofrece programas de prevención comunitarios en todo el condado, así como enfoques y apoyos para reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales, sus familias, amigos y comunidades. Las actividades y los servicios incluyen acompañamiento para familias y comunidades que buscan navegar el tratamiento de salud mental y los recursos de recuperación, además de clases educativas basadas en evidencia, capacitación y defensoría.
- SEED LA: la Escuela SEED de Los Ángeles (SEED LA) es la primera escuela secundaria pública autónoma del condado, gratuita y con internado, diseñada para jóvenes en situación de riesgo y con el objetivo de prepararlos para la universidad. El plan de estudios, basado en ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM), preparará a los jóvenes para carreras universitarias y profesionales en la industria del transporte y la infraestructura. La escuela brindará apoyo en el lugar, servicios de bienestar y asesoramiento socioemocional para los estudiantes.
- Salud mental desde el nacimiento hasta los cinco años: el equipo de Birth-to-5 brinda apoyo para el fortalecimiento de capacidades, lo que incluye talleres, asistencia técnica y consultas de reflexión para que los médicos ayuden de manera eficaz a los niños pequeños y sus familias. Estos apoyos amplían el acceso a una atención temprana centrada en las relaciones y fortalecen la capacidad de los médicos para identificar necesidades de desarrollo y de salud conductual, vinculando a las familias con los recursos adecuados. Al abordar las inquietudes de manera temprana y fortalecer los vínculos entre el cuidador y el niño, el equipo de Birth-to-5 ayuda a prevenir que la situación se agrave y derive en respuestas impulsadas por crisis, tales como la necesidad de mayores niveles de atención o el involucramiento futuro con el sistema de justicia o el DCFS. Esta intervención temprana estabiliza a las familias, ayuda a que los niños permanezcan seguros en sus hogares y fomenta una mayor participación en entornos escolares y de aprendizaje temprano.
- Salud Mental Perinatal de los Padres: el Programa de Salud Mental Perinatal de los Padres (PPMH) es una iniciativa de apoyo clínico multinivel de alcance condal, diseñada para fortalecer la atención de salud mental perinatal en las clínicas operadas directamente. El programa ofrece capacitación integral, asesoramiento continuo, supervisión reflexiva y asistencia técnica para garantizar una implementación de alta calidad. La oferta del PPMH incluye cursos web básicos y avanzados, intervenciones basadas en evidencia, capacitaciones especializadas para apoyar a las familias durante el período perinatal, llamadas de consulta mensuales y una vía de certificación para desarrollar pericia y sostenibilidad a largo plazo en la atención de la salud mental perinatal.
- Academia de Padres Compañeros: la capacitación para padres compañeros mejora las habilidades de los especialistas de apoyo entre pares (PSS) que trabajan con los padres y cuidadores de los niños que reciben servicios. Una mejor formación de los PSS optimiza la capacidad de los padres y cuidadores para acceder a los programas, recursos y apoyos adicionales necesarios, lo que reduce el riesgo de que el niño sea separado del hogar, así como su posible involucramiento en el sistema de justicia o su institucionalización. Los PSS reciben una mejor preparación para ayudar a las familias a acceder a programas de tratamiento para afecciones de salud conductual no atendidas, como el Centro Regional, y para fomentar la participación escolar.
- Prevención, Intervención y Posvención del Suicidio: socios en la Prevención del Suicidio (PSP) es un programa enfocado en la prevención, intervención y posvención del suicidio en diversas comunidades y sistemas de servicios. El programa refuerza la concientización, la identificación temprana del riesgo de suicidio y la creación de vínculos y derivaciones. Asimismo, el PSP respalda esfuerzos de posvención eficaces para promover la sanación, reducir el estigma y prevenir riesgos futuros de suicidio mediante talleres educativos, recursos y asociaciones.

- **Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes:** las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.
- **UMHP:** este proyecto invierte en las comunidades mediante la contratación de agencias que atienden las zonas de mayor necesidad en todo el condado. Aprovechando su posición estratégica en el ámbito local, las agencias reclutan, contratan y capacitan a personal para que actúen como representantes de confianza y "miembros de la comunidad con experiencia personal". El proyecto utiliza la capacitación para fortalecer las habilidades del personal y apoyar el camino de los miembros de la comunidad hacia las metas trazadas en el marco de los Indicadores de Salud Poblacional (por ejemplo, reducción de la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de niños del hogar y las afecciones de salud conductual no tratadas, así como el aumento de la participación escolar). Se brinda un conjunto integral de servicios para abordar las necesidades comunitarias, tales como alcance y vinculación, derivaciones, actividades de apoyo psicosocial y servicios de asistencia al cliente (por ejemplo, ayuda para la vivienda, artículos para el hogar, asistencia alimentaria, pañales, servicios públicos y otras necesidades básicas).

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA – PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (SAPC)

El DPH-SAPC trabaja para mejorar el acceso a la atención a través de los siguientes programas, servicios, asociaciones e iniciativas existentes:

- **Iniciativa "Reaching the 95%" (R95) del DPH-SAPC:** esta iniciativa se enfoca en llegar al 95% de las personas con trastornos por consumo de sustancias (SUD) que no consideran que necesitan ayuda o que no están interesadas en recibir servicios. Para ello, refuerza las labores de alcance y vinculación, además de establecer opciones de atención con menos barreras en todo el sistema de SUD. El SAPC también cuenta con un proceso de contratación abierto para aumentar la capacidad de servicio.
- **Servicios de Navegación y Vinculación del Cliente (CENS) del DPH-SAPC:** brindan servicios presenciales para trastornos por consumo de sustancias (SUD), que incluyen educación, alcance y vinculación, detecciones y derivaciones, además de navegación de servicios para facilitar el acceso a la atención y la finalización del tratamiento. El SAPC está ampliando los CENS mediante un mejor aprovechamiento de Medi-Cal y otras fuentes de financiamiento.
- **Equipo de servicios para SUD basados en el trabajo de campo del DPH-SAPC:** colabora con equipos de campo ya existentes para garantizar que los residentes del condado de Los Ángeles en situación de calle tengan acceso a servicios para SUD en entornos comunitarios. El SAPC está añadiendo activamente centros de servicios para SUD basados en el trabajo de campo.
- **Línea de Consulta de MAT del DPH-SAPC y el programa California Bridge:** este último es un programa estatal independiente que trabaja con las salas de emergencia de los

hospitales para brindar acceso inmediato al tratamiento asistido con medicamentos (MAT) a cualquier persona que busque ayuda, ofreciendo además navegación de la atención para aumentar las probabilidades de completar el tratamiento de seguimiento.

- Iniciativa "Reimagining Youth SUD Engagement" (RYSE) del DPH-SAPC: tiene como objetivo transformar la atención de los trastornos por consumo de sustancias en jóvenes, adaptando los servicios para mejorar la vinculación y la permanencia en el tratamiento, lo que puede prevenir la necesidad de institucionalización.

Las siguientes son iniciativas y programas relacionados que aumentarán la capacidad general del sistema del DPH-SAPC para atender a personas con SUD.

- Programa de Incentivos para el Pago de Matrícula (TIP): ofrece a las personas la oportunidad de convertirse en consejeros de SUD con elegibilidad para la certificación, mientras adquieren experiencia práctica en el campo. El programa ayuda a aumentar la disponibilidad de consejeros de SUD registrados y certificados, quienes pueden respaldar una recuperación eficaz a largo plazo y ampliar el acceso a la atención para los afectados por el consumo de sustancias en el condado de Los Ángeles.
- Pagos para el Desarrollo de Capacidades del DPH-SAPC: el departamento otorga fondos por adelantado a los proveedores de tratamiento para garantizar el capital inicial necesario para prestar servicios, o posteriormente, para compensar al proveedor por el trabajo realizado. Estos fondos apoyan a la red de proveedores del DPH-SAPC en el desarrollo de la fuerza laboral, el acceso a la atención y la eficiencia fiscal y operativa, preparándolos para los cambios derivados de la iniciativa CalAIM y la transición hacia una atención basada en el valor bajo la reforma de pagos.
- Piloto de Desarrollo de Capacidad Residencial del DPH-SAPC: proporciona fondos iniciales para la contratación de personal, con el fin de aumentar la capacidad de atención de trastornos concurrentes y el manejo de la abstinencia en entornos residenciales. Contar con personal adicional ayuda a incrementar el acceso a la atención.

2. Las siguientes categorías de financiamiento son las que el condado utiliza para abordar la meta de acceso a la atención:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Asociación para Servicios Integrales (FSP) de la BHSA
- Intervenciones de Vivienda de la BHSA
- Reasignación de 2011
- Participación Financiera Federal (SMHS, Drug Medi-Cal/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada Drug Medi-Cal (DMC/DMC-ODS))
- Proyectos para la Asistencia en la Transición de la Falta de Vivienda (PATH, por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés)
- Subvención en bloque para servicios de salud mental comunitaria (MHBG)
- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Otros: Fondo General del Condado, EPSDT/Medi-Cal, Expansión de Medicaid, MCHIP

Situación de calle

Indicadores principales de situación de calle

Conteo de personas en situación de calle en un punto en el tiempo (tasa por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención) (HUD), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa del conteo en un punto en el tiempo (PIT) por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención? Superior
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Género y raza o etnia

Inscripción de estudiantes en situación de calle por tipo de vivienda, Departamento de Educación de California (CDE), 2023 - 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Raza o etnia

Indicadores complementarios de situación de calle

Tasa del conteo PIT de personas en situación de calle con enfermedades mentales graves (tasa por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención) (HUD), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa del conteo en un punto en el tiempo (PIT) por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención? Superior
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Género y raza o etnia

Tasa del conteo PIT de personas en situación de calle con abuso crónico de sustancias (tasa por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención) (HUD), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa del conteo en un punto en el tiempo (PIT) por cada 10.000 personas por región del Continuo de Atención? Superior
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Género y raza o etnia

Tasa de personas en situación de calle que accedieron a servicios de un Continuo de Atención (CoC) (BCSH), 2023 (Este indicador aumentará a medida que las personas accedan a los servicios).

1. ¿Cómo se compara la tasa de su CoC local con la tasa promedio de todos los CoC?
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Género y raza o etnia

Situación de calle: Análisis de disparidades

1. Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.

El **Indicador 1** presenta datos de disparidad para personas en situación de calle por raza y etnia, basados en el conteo en un punto en el tiempo (PIT) realizado el 24 de enero de 2024. Los hallazgos indican que las personas de origen asiático e isleños del Pacífico y las personas hispanas están subrepresentadas entre la población en situación de calle, con índices de disparidad de 0.19 y 0.75, respectivamente. Por el contrario, las personas indígenas americanas/nativas americanas, afroamericanas y blancas están sobrerrepresentadas, con índices de disparidad de 14.83, 2.97 y 1.61, respectivamente.

El **Indicador 2** presenta datos de disparidad para personas en situación de calle desglosados por género, según el conteo en un punto en el tiempo (PIT) del 24 de enero

de 2024. Los datos indican que las mujeres están subrepresentadas entre la población en situación de calle, con un índice de disparidad de 0.62. Por el contrario, los hombres están sobrerrepresentados, con un índice de disparidad de 1.38.

El Indicador 3 analiza las disparidades en los ingresos a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD) entre personas en situación de calle en el condado de Los Ángeles por raza y etnia, utilizando índices de disparidad basados en los conteos de dicha población. A partir de los datos de ingresos a tratamiento del año fiscal 2023-2024 obtenidos del Sistema de Medición de Resultados de California y del Sistema de Informes de Participantes del Condado de Los Ángeles, y comparándolos con las estimaciones poblacionales del Censo de Personas en Situación de Calle del Gran Los Ángeles de 2024, el análisis revela inequidades notables en el acceso y la vinculación con el tratamiento. Las personas hispanas y blancas están sobrerrepresentadas en los ingresos a tratamiento por SUD en relación con su proporción en la población en situación de calle, con índices de disparidad de 1.26 y 1.20, respectivamente. Las personas de origen asiático e isleños del Pacífico están ligeramente sobrerrepresentadas, con un índice de 1.06. En cambio, las personas afroamericanas y las nativas de Alaska o indígenas americanas están subrepresentadas en los ingresos a tratamiento por SUD, con índices de disparidad de 0.58 y 0.54, respectivamente. Las personas clasificadas como "Otros" son las más subrepresentadas, con un índice de disparidad de 0.19.

El Indicador 4 analiza las disparidades en los ingresos a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD) entre personas en situación de calle en el condado de Los Ángeles por raza y etnia, utilizando índices de disparidad basados en los conteos de dicha población. Al utilizar los datos de ingresos a tratamiento del año fiscal 2023-2024 del Sistema de Medición de Resultados de California y del Sistema de Informes de Participantes del Condado de Los Ángeles, junto con las estimaciones poblacionales del Censo de Personas en Situación de Calle del Gran Los Ángeles de 2024, el indicador resalta las inequidades persistentes en el acceso al tratamiento por SUD. Los datos muestran que las personas hispanas y blancas están sobrerrepresentadas en los ingresos a tratamiento por SUD en comparación con su representación en la población en situación de calle, con índices de disparidad de 1.26 y 1.20, respectivamente. Las personas de origen asiático e isleños del Pacífico también presentan una ligera sobrerrepresentación, con un índice de 1.06. Por el contrario, las personas afroamericanas y las nativas de Alaska o indígenas americanas están subrepresentadas en los ingresos a tratamiento, con índices de disparidad de 0.58 y 0.54, respectivamente. Las personas clasificadas como "Otros" son las más subrepresentadas, con un índice de disparidad de 0.19.

El Indicador 5 examina las disparidades en los ingresos a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD) entre personas en situación de calle en el condado de Los Ángeles por grupo de edad, utilizando índices de disparidad basados en los conteos de dicha población. El análisis se basa en los datos de ingresos a tratamiento del año fiscal 2023-2024 del Sistema de Medición de Resultados de California y del Sistema de Informes de Participantes del Condado de Los Ángeles, comparados con las estimaciones poblacionales por edad del Censo de Personas en Situación de Calle del Gran Los Ángeles de 2024. Los datos muestran una variación sustancial en los ingresos a tratamiento según el grupo de edad. Los adultos jóvenes de 18 a 24 años y de 25 a 34 años están notablemente sobrerrepresentados en los ingresos a tratamiento por SUD, con índices de disparidad de 1.77 y 1.81, respectivamente. Los adultos de 35 a 44 años también presentan una sobrerrepresentación, con un índice de 1.39. Por el contrario, los niños y jóvenes de 0 a 17 años están casi totalmente ausentes de los ingresos a tratamiento, con un índice de disparidad de 0.01. Los adultos mayores están

sistemáticamente subrepresentados, incluyendo a los de 45 a 54 años (0.72), 55 a 64 años (0.51) y los de 65 años o más (0.28).

El Indicador 6 analiza las disparidades en los ingresos a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD) entre personas en situación de calle en el condado de Los Ángeles por identidad de género, utilizando índices de disparidad basados en los conteos de la población en situación de calle. Este análisis utiliza los datos de ingresos a tratamiento del año fiscal 2023-2024 del Sistema de Medición de Resultados de California y del Sistema de Informes de Participantes del Condado de Los Ángeles, en comparación con las estimaciones poblacionales por género del Censo de Personas en Situación de Calle del Gran Los Ángeles de 2024. Los datos indican que los hombres están ligeramente sobrerrepresentados en los ingresos a tratamiento por SUD, con un índice de disparidad de 1.05, mientras que las mujeres presentan una ligera subrepresentación, con un índice de 0.94. Las personas transgénero están sustancialmente sobrerrepresentadas, con un índice de disparidad de 11.48, lo que indica una tasa notablemente superior de ingresos a tratamiento por SUD en relación con su representación en la población en situación de calle. En cambio, las personas categorizadas como "Otros" están significativamente subrepresentadas, con un índice de disparidad de 0.05.

El Indicador 7 examina los ingresos a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD) entre personas en situación de calle en el condado de Los Ángeles según su pertenencia a la comunidad LGBTQ+, utilizando datos del año fiscal 2023-2024 del Sistema de Medición de Resultados de California y del Sistema de Informes de Participantes del Condado de Los Ángeles. Los datos muestran que la mayoría de las personas admitidas para tratamiento por SUD se identificaron como heterosexuales, representando el 85.3% de los ingresos. Se registraron proporciones menores de ingresos entre personas que se identifican como bisexuales (3.5%), gays (2.8%), lesbianas (1.1%) y transgénero (1.0%). Un 1.2% adicional se identificó como personas que se cuestionan su orientación o no están seguras, mientras que el 5.3% de los registros se categorizaron como "prefiere no responder" o no disponible. Si bien las personas heterosexuales constituyen la mayor parte de los ingresos, la presencia de personas LGBTQ+ (particularmente aquellas que se identifican como bisexuales, gays, lesbianas, transgénero o que se cuestionan su identidad) resalta la importancia de contar con servicios de tratamiento por SUD que sean inclusivos y reafirmen la identidad de género y orientación sexual.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron diversos factores que fomentan estas disparidades. Se destacó como una preocupación central la tendencia en el consumo de sustancias, incluyendo la facilidad con la que los menores acceden a la marihuana y al alcohol. El inicio temprano en el consumo, que suele comenzar en la escuela secundaria, está vinculado con frecuencia a experiencias de trauma, pobreza y presión de grupo. Los obstáculos económicos también desempeñan un papel fundamental, ya que el alto costo de vida, la escasa disponibilidad de viviendas asequibles y la inestabilidad financiera persistente dificultan que las familias mantengan una vivienda estable. Además, persisten las brechas en la atención de salud mental y el tratamiento por consumo de sustancias, especialmente para los jóvenes y las poblaciones en edad de transición, quienes enfrentan un acceso limitado a servicios adecuados para su edad. Las partes interesadas señalaron, además, las dificultades para navegar sistemas complejos, tales como los largos tiempos de espera, los procesos de inscripción confusos y las limitadas opciones de transporte, factores que obstaculizan el acceso al apoyo. La escasez de fuerza laboral se identificó como otro problema crítico, ante la falta de proveedores capacitados y culturalmente receptivos, lo que a menudo obliga a los

programas a reducir sus horarios o cerrar temprano debido a limitaciones de personal. Por último, el racismo y la desigualdad sistémica (incluyendo las disparidades de ingresos, el involucramiento desproporcionado en los sistemas de justicia y bienestar infantil, y los prejuicios de los proveedores) continúan perpetuando la inestabilidad de la vivienda y el acceso desigual a la atención.

Soluciones integrales: con el fin de abordar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto de soluciones integrales centradas en la prevención, el acceso y la rendición de cuentas. Un punto central de estas recomendaciones es el desarrollo de alianzas comunitarias sólidas con organizaciones de confianza y grupos religiosos para prestar servicios con pertinencia cultural en espacios donde las personas y las familias se sientan seguras. Asimismo, las partes interesadas enfatizaron la necesidad de ampliar los programas de prevención para jóvenes que brinden educación temprana sobre temas como la paternidad, la alfabetización financiera y los riesgos asociados al consumo de sustancias, incorporando al mismo tiempo actividades atractivas como el deporte y las artes para fortalecer la participación y la vinculación.

Además, las partes interesadas exigieron una mayor transparencia y rendición de cuentas dentro de los sistemas de vivienda y los modelos de financiamiento, lo que incluye informes públicos claros para garantizar que los recursos lleguen de manera efectiva a quienes más lo necesitan. El alcance móvil y el apoyo entre pares se identificaron como estrategias críticas, donde los equipos de ayuda a personas en situación de calle y los programas de recuperación dirigidos por pares ayuden a vincular a las personas con la atención de manera temprana y eviten que las crisis empeoren. También se destacó como prioridad la mejora en la recopilación de datos, particularmente a través de alianzas con organizaciones de base comunitaria, para reunir información precisa y desglosada por raza, edad y situación familiar, permitiendo así identificar y acotar mejor las brechas en los servicios.

Finalmente, las partes interesadas destacaron la importancia de abordar la inestabilidad económica y habitacional mediante inversiones en capacitación vocacional, atención informada en el trauma y soluciones de vivienda provisional, como las aldeas de casas pequeñas. También se recomendó reforzar las protecciones para los inquilinos, incluyendo la ampliación de la educación sobre "Conozca sus derechos" y la mejora de las salvaguardas legales para prevenir desalojos y la discriminación en la vivienda.

Situación de calle: Preguntas transversales a los indicadores

1. **Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para reducir el nivel de personas en situación de calle con enfermedades mentales graves, trastornos por consumo de sustancias (SUD) graves o diagnósticos concurrentes. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, el desarrollo de una intervención dirigida a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH)

El DMH trabaja para mejorar la problemática de la situación de calle a través de los siguientes programas y servicios:

- Inversiones en vivienda: tal como se detalla en la sección de vivienda, las inversiones incluyen, entre otros recursos, Vivienda Provisional, Vivienda de Transición para la

Salud Conductual, el Programa de Preservación de la Expansión del Cuidado Comunitario, subsidios federales que incluyen el Continuo de Atención, y vales de elección de vivienda a través de 11 contratos vigentes con la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Los Ángeles y la Autoridad de Desarrollo del Condado de Los Ángeles.

- Asociación para Servicios Integrales
 - ACT: equipos comunitarios multidisciplinarios que brindan apoyo a personas con SMI o diagnósticos concurrentes de SMI/SUD que se encuentran en situación de calle, son usuarios recurrentes de servicios y/o están involucradas en el sistema de justicia con deterioros funcionales significativos.
 - FACT: una variante de ACT con capacitación y personal adicional para atender a miembros involucrados en el sistema de justicia; los equipos suelen prestar servicios tanto de ACT como de FACT.
 - FSP-ICM: un modelo basado en equipos y centrado en la recuperación con una intensidad de servicio menor que ACT/FACT.
- Centros de Respiro entre Pares: estos centros aumentan los puntos de acceso en todo el condado, ofreciendo una atención no tradicional centrada en el malestar para personas que aún no se encuentran en una situación de crisis, brindando así una vía local de apoyo.
- Programa de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP): los CRTP brindan estabilización como alternativa a los servicios de emergencia y a la atención psiquiátrica de agudos, permitiendo el acceso oportuno a entornos de mayor agudeza para quienes tienen necesidades más apremiantes, y ofreciendo actividades terapéuticas y habilidades para facilitar la transición de regreso a la vida comunitaria.
- Estabilización de crisis: proporciona acceso inmediato a servicios de crisis las 24 horas, los 7 días de la semana (atención sin cita previa, Equipos Psiquiátricos de Respuesta Móvil, traslados por parte de las fuerzas del orden, Centros de Atención de Urgencia) para reducir las visitas a emergencias relacionadas con la salud mental. El objetivo es desescalar las crisis, vincular a los clientes con los servicios y evitar niveles de atención más elevados. El seguimiento dentro de las 24 horas garantiza conexiones continuas o apoyo domiciliario/telefónico para derivar a los clientes a los servicios pertinentes.
- Equipos de Colaboración con las Fuerzas del Orden (LET): los LET responden a llamadas al 911 relacionadas con la salud mental para vincular a las personas con los servicios, reducir la reiteración de llamadas y prevenir hospitalizaciones.
- Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS): los ERS brindan una intervención de transición estable y centrada en la seguridad dentro del continuo de salud mental, con el fin de romper los ciclos de situación de calle, crisis y rehospitализación.
- Alcance para Personas en Situación de Calle y Vinculación Móvil (HOME): el programa HOME atiende a adultos mayores de 18 años que viven en situación de calle de forma crónica y presentan necesidades profundas de salud mental. Presta servicios especializados de salud mental para asegurar y mantener la vivienda, abordando deficiencias en las actividades de la vida diaria, la higiene y la vinculación con el tratamiento.
- Prevenir la Situación de Calle y Promover la Salud (PH)²: PH² es un programa conjunto del DMH y Housing for Health para abordar los factores de riesgo y desarrollar habilidades que respalden la estabilidad de la vivienda permanente y la prevención de la situación de calle.
- Servicios para Veteranos y Familias de Militares (VMFS): el VMFS vincula a departamentos del condado, organizaciones sin fines de lucro, la VA (Administración de Veteranos) y programas municipales para brindar apoyo emocional y servicios

especializados de salud mental a veteranos y sus familias.

- **Hollywood 2.0:** Hollywood 2.0 es un programa piloto pionero en Hollywood, liderado por el LACDMH y Hollywood 4WRD. Equipos multidisciplinarios colaboran con socios comunitarios para brindar una atención integral y centrada en la persona para individuos con enfermedades mentales graves, aprovechando clínicas ambulatorias, vivienda provisional o permanente y apoyos relacionados con la vivienda para crear una red de recuperación enfocada en la persona más que en el diagnóstico.
- **Alcance Especializado en Skid Row (SRC):** el SRC vincula a personas en situación de calle que presentan síntomas de salud mental leves a moderados en Skid Row con tratamientos de salud mental y refugio, a través de equipos de atención en el campo y una gestión de casos de vivienda integrada.
- **Programa de Alcance en Vivienda Provisional (IHOP):** el IHOP despliega equipos de campo multidisciplinarios para atender a personas en situación de calle en centros de vivienda provisional, abordando las brechas en el tratamiento de salud física y conductual, respaldando la estabilidad en la vivienda provisional y facilitando la transición a una vivienda permanente. Los servicios abarcan ocho áreas de servicio.
- **Programa de Vinculación y Acceso a Bibliotecas (LEAP):** LEAP actúa como enlace entre la Biblioteca del Condado de Los Ángeles, el DMH y las agencias asociadas para conectar a los usuarios que se encuentran en situación de calle y padecen enfermedades mentales (y/o SUD concurrentes) con refugio, alimentos, ropa, tratamiento de salud mental y otros apoyos.
- **Promotores:** el Programa de Promotores Unidos de Salud Mental tiene como objetivo reducir el estigma relacionado con la salud mental en todo el condado de Los Ángeles, particularmente en grupos culturales y lingüísticos marginados. Los promotores de salud mental interactúan con los miembros de la comunidad y los vinculan con el Departamento de Salud Mental y otros recursos mediante métodos con sensibilidad cultural.
- **Socios Comunitarios - Promotores Unidos de Salud Mental (contratados):** un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que atiende al condado de Los Ángeles brindando servicios de prevención en salud mental.
- **UMHP:** este proyecto invierte en las comunidades mediante la contratación de agencias que atienden las zonas de mayor necesidad en todo el condado. Aprovechando su posición estratégica en el ámbito local, las agencias reclutan, contratan y capacitan a personal para que actúen como representantes de confianza y "miembros de la comunidad con experiencia personal". El proyecto utiliza la capacitación para fortalecer las habilidades del personal y apoyar el camino de los miembros de la comunidad hacia las metas trazadas en el marco de los Indicadores de Salud Poblacional (por ejemplo, reducción de la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de niños del hogar y las afecciones de salud conductual no tratadas, así como el aumento de la participación escolar). Se brinda un conjunto integral de servicios para abordar las necesidades comunitarias, tales como alcance y vinculación, derivaciones, actividades de apoyo psicosocial y servicios de asistencia al cliente (por ejemplo, ayuda para la vivienda, artículos para el hogar, asistencia alimentaria, pañales, servicios públicos y otras necesidades básicas).
- **Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes:** las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras

abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA (DPH) – PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (SAPC)

El DPH-SAPC trabaja para reducir la situación de calle mediante la ampliación de las opciones de vivienda para personas con trastornos por consumo de sustancias (SUD) a través de los siguientes programas, servicios, asociaciones e iniciativas existentes:

- El DPH-SAPC ha invertido en la expansión de la Vivienda Puente para la Recuperación (RBH) y la Vivienda de Recuperación (RH). Estos beneficios ofrecen a las personas en situación de calle que participan simultáneamente en servicios de tratamiento de SUD hasta 360 días de RBH. Asimismo, quienes hayan participado en un tratamiento de SUD o en RBH en los últimos 90 días en una agencia proveedora del SAPC pueden acceder a hasta 365 días de RH. Si bien se recomienda, la inscripción simultánea en un tratamiento no es una condición obligatoria para residir en una RH.
- El DPH-SAPC introdujo los Servicios de Navegación de Vivienda en el año fiscal 2024-25 para apoyar y vincular a las personas en situación de calle con opciones de vivienda estables. Los navegadores de vivienda ayudan a las personas a prepararse, encontrar, mudarse y mantener oportunidades de vivienda permanente y asequible.

Los siguientes son servicios y programas relacionados que permiten al DPH-SAPC interactuar con las personas en situación de calle y vincularlas con viviendas y servicios de navegación de vivienda:

- Los programas de Reducción de Daños del DPH-SAPC eliminan las barreras a los servicios de tratamiento y vivienda para que la población con SUD pueda acceder a la atención necesaria para la transición hacia una vivienda estable.
- El equipo de servicios para SUD basados en el trabajo de campo operado directamente por el DPH-SAPC colabora con equipos de campo ya existentes para garantizar que los residentes del condado de Los Ángeles en situación de calle tengan acceso a servicios para SUD en entornos comunitarios.

2. Para abordar el objetivo de reducir la situación de calle, el condado utiliza las siguientes categorías de financiamiento:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Asociación para Servicios Integrales (FSP) de la BHSA
- Intervenciones de Vivienda de la BHSA
- Reasignación de 2011
- Participación Financiera Federal (SMHS, Drug Medi-Cal/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada Drug Medi-Cal (DMC/DMC-ODS))
- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Subvención en bloque para servicios de salud mental comunitaria (MHBG)
- Otros: Fondos de acuerdos por opioides (OSF), Medida J: Inversión Comunitaria "Primero el Cuidado" (CFCI), Fondos del Acuerdo del Tabaco, Subvención Federal: CDC OD2A

Institucionalización

[Texto de contexto: Según la norma 42 CFR 435.1010, una institución es "un establecimiento que proporciona (en una o múltiples instalaciones) alimento, refugio y

algún tratamiento o servicio a cuatro o más personas que no tengan parentesco con el propietario". Los entornos institucionales están destinados a personas con afecciones que incluyen, entre otras, trastornos de salud conductual.

La atención brindada en entornos de hospitalización y residenciales (es decir, institucionales) puede ser clínicamente adecuada y forma parte del continuo de atención. En este contexto, la institucionalización se refiere a personas que residen en estos entornos por más tiempo de lo que es clínicamente apropiado. Por lo tanto, el objetivo no es reducir a cero las estancias en entornos institucionales. El enfoque de esta meta es reducir las estancias en entornos institucionales que brindan un nivel de atención que no es (o ya no representa) el entorno menos restrictivo]. (ninguna acción)

Institucionalización: Indicadores principales

Tasa de días administrativos de hospitalización (DHCS), año fiscal 2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **En el caso de adultos y adultos mayores:** superior
 - b. **En niños y jóvenes:** N/A
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Raza o etnia y sexo

Institucionalización: Indicadores complementarios

Tasas de detención involuntaria, año fiscal 2021 - 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **Tasas de detención involuntaria de 14 días por cada 10,000:** N/A
 - b. **Tasas de detención involuntaria de 30 días por cada 10,000:** N/A
 - c. **Tasas de detención involuntaria de 180 días posteriores a la certificación por cada 10,000:** N/A
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Tutelas, año fiscal 2021 - 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **Tutelas temporales:** N/A
 - b. **Tutelas permanentes:** N/A
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Uso de servicios de crisis de SMHS (Intervención ante crisis, Servicios de tratamiento residencial de crisis y Estabilización de crisis) (DHCS), año fiscal 2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **Intervención en crisis**
 - i. **En el caso de adultos y adultos mayores:** superior
 - ii. **En el caso de niños y jóvenes:** superior
 - b. **Servicios de tratamiento residencial de crisis**
 - i. **En el caso de adultos y adultos mayores:** superior
 - ii. **En el caso de niños y jóvenes:** igual
 - c. **Estabilización de crisis**
 - i. **En el caso de adultos y adultos mayores:** inferior
 - ii. **En el caso de niños y jóvenes:** inferior

2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Raza o etnia y sexo

Institucionalización: Análisis de disparidades

1. Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.

El **Indicador 1** examina las disparidades en el promedio de días administrativos de hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más en el condado de Los Ángeles durante 2022, desglosados por raza. Los datos indican que los adultos hispanos están subrepresentados, con un promedio de 0.44 días administrativos de hospitalización. En cambio, los adultos afroamericanos y blancos están sobrerrepresentados, con promedios de 2.87 y 2.09 días administrativos de hospitalización, respectivamente.

El **Indicador 2** examina las disparidades en el promedio de días administrativos de hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más en el condado de Los Ángeles durante 2022, desglosados por sexo. Los datos muestran que las mujeres están subrepresentadas, con un promedio de 0.84 días administrativos de hospitalización. Por el contrario, los hombres están sobrerrepresentados, con un promedio de 1.18 días administrativos de hospitalización.

El **Indicador complementario 1** compara el promedio de días administrativos de hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más entre el condado de Los Ángeles y el promedio estatal. En 2022, el condado de Los Ángeles registró un promedio de 35.3 días administrativos de hospitalización, cifra que supera el promedio estatal de 25.6 días.

El **Indicador complementario 2** analiza el promedio de días administrativos de hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más por raza en 2022, comparando al condado de Los Ángeles con los promedios estatales. Los adultos hispanos en el condado de Los Ángeles tuvieron un promedio de 24.54 días administrativos de hospitalización, ligeramente superior al promedio estatal de 23.1 días. Los adultos blancos registraron un promedio de 27.32 días en el condado, en comparación con los 22.68 días a nivel estatal. Los adultos afroamericanos promediaron 24.73 días administrativos de hospitalización en el condado de Los Ángeles, superando el promedio estatal de 20.62 días. Las personas de raza desconocida tuvieron un promedio de 30.17 días administrativos de hospitalización en el condado, lo cual es inferior al promedio estatal de 32.78 días.

El **Indicador complementario 3** analiza el promedio de días administrativos de hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más por sexo en 2022, comparando al condado de Los Ángeles con los promedios estatales. En el condado de Los Ángeles, los hombres registraron un promedio de 26.84 días administrativos de hospitalización, frente a un promedio estatal de 24.48 días. Las mujeres en el condado tuvieron un promedio más alto, con 29.22 días administrativos de hospitalización, superando sustancialmente el promedio estatal de 21.93 días.

El **Indicador complementario 4** presenta el promedio de días administrativos de

hospitalización por cada Plan de Salud Mental (MHP) de Medi-Cal dentro de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para adultos de 21 años o más por grupo de edad en 2022, comparando al condado de Los Ángeles con los promedios estatales. Los adultos de entre 21 y 32 años en el condado de Los Ángeles registraron un promedio de 24.73 días administrativos de hospitalización, cifra superior al promedio estatal de 19.81 días. Aquellos de entre 33 y 44 años promediaron 24.63 días en el condado, en comparación con los 21.11 días a nivel estatal. Para los adultos de entre 45 y 56 años, el promedio del condado fue de 26.28 días, ligeramente por debajo del promedio estatal de 26.75 días. Se observa una disparidad pronunciada entre los adultos de 57 a 68 años, quienes registraron un promedio de 52.59 días administrativos de hospitalización en el condado de Los Ángeles, superando sustancialmente el promedio estatal de 33.42 días. No hubo datos disponibles a nivel del condado para adultos de 69 años o más, mientras que el promedio estatal para este grupo de edad fue de 25.88 días.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron diversos factores que fomentan estas disparidades en todo el sistema de atención. Los sistemas de datos incompletos, que incluyen una gran cantidad de entradas "desconocidas" y categorías demográficas faltantes, ocultan quiénes son los que más necesitan los servicios. La exclusión en los informes agrava aún más este problema, ya que las comunidades de origen asiático e isleños del Pacífico, así como ciertos grupos de edad, no se contabilizan ni se desglosan de manera constante. Asimismo, se citó la deficiencia en la planificación de las altas como una preocupación importante, ya que los pacientes suelen abandonar los entornos institucionales sin una vivienda estable, citas de seguimiento o un plan de recuperación claro.

Además, los cuellos de botella administrativos contribuyen a que las estancias hospitalarias se prolonguen, dado que los lentos procesos de ubicación mantienen las camas ocupadas y limitan el acceso a nuevos ingresos. Las partes interesadas también señalaron las persistentes brechas de comunicación entre los hospitales, las familias y los equipos de atención comunitaria, lo que da lugar a una atención fragmentada y con una coordinación deficiente. La escasa disponibilidad de servicios especializados, particularmente para adultos mayores, personas con demencia o lesiones cerebrales traumáticas y aquellas con trastornos graves por consumo de sustancias, exacerba aún más las inequidades. También se plantearon inquietudes sobre la calidad de la atención, ya que los entornos institucionales suelen priorizar la contención por encima del tratamiento y la recuperación. Por último, las partes interesadas destacaron que los parámetros de desempeño no están alineados, señalando que las interfaces actuales priorizan el tiempo de permanencia en la atención en lugar de los resultados de recuperación significativos o la estabilidad comunitaria a largo plazo.

Soluciones integrales: con el fin de abordar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto integral de soluciones a nivel de sistema, centradas en la integridad de los datos, las transiciones de la atención, la capacidad y la rendición de cuentas. En primer lugar, enfatizaron la necesidad de mejorar la calidad de los datos mediante la recopilación de información demográfica completa, incluyendo raza, etnia, edad e idioma, y la reducción del uso de categorías "desconocidas" a través de la capacitación del personal y el uso de guiones estandarizados y claros para la recolección de datos. También se identificó como algo esencial el garantizar que las comunidades de origen asiático e isleños del Pacífico, junto con otros grupos históricamente subcontabilizados, se incluyan sistemáticamente en todos los conjuntos de datos e informes para identificar y abordar las inequidades con precisión.

Las partes interesadas destacaron además la importancia de fortalecer las transiciones desde los entornos de hospitalización e institucionales, exigiendo planes de vivienda claros, visitas de seguimiento programadas dentro de los siete días posteriores al alta, la continuidad de los medicamentos y una participación familiar significativa antes del egreso. Para reducir el exceso de días administrativos, recomendaron estrategias operativas como reuniones diarias de ubicación, vías de atención acelerada para casos complejos e inventarios de camas en tiempo real para mejorar el flujo del sistema y disminuir los retrasos innecesarios.

La ampliación de la capacidad del sistema fue otra de las prioridades, con pedidos de inversión en camas de salud conductual geriátrica, programas para trastornos por consumo de sustancias concurrentes y mecanismos de financiamiento flexibles que permitan habilitar nuevas plazas con mayor rapidez. Se identificó el fortalecimiento de los apoyos comunitarios, incluyendo la expansión de las Asociaciones para Servicios Integrales, los grupos de apoyo entre pares y las redes de autoayuda, como una estrategia clave para reducir las rehospitalizaciones y fomentar la estabilidad a largo plazo. Asimismo, las partes interesadas recalcaron la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los entornos institucionales mediante la exigencia de componentes de tratamiento activo, como terapia, servicios grupales y metas de recuperación individualizadas, en lugar de centrarse únicamente en la contención.

Por último, las partes interesadas destacaron la importancia de alinear la medición y el financiamiento con los resultados deseados. Recomendaron realizar un seguimiento de indicadores significativos como las readmisiones, el seguimiento oportuno, la permanencia en la comunidad y los objetivos planteados por los propios pacientes, con datos desglosados por raza, edad e idioma. Paralelamente, solicitaron un financiamiento justo y sostenible para los proveedores, lo que incluye el aumento de las tasas de reembolso y el uso de contratos en bloque o financiamiento flexible, para permitir que los programas comunitarios contraten personal rápidamente y amplíen su capacidad de servicio.

Institucionalización: Preguntas transversales a los indicadores

- 1. ¿Con qué otros datos locales cuenta sobre la situación de la institucionalización en su condado? (por ejemplo, uso de Centros de Rehabilitación de Salud Mental o Programas de Tratamiento Especial en Centros de Enfermería Especializada).**

El DMH realiza un seguimiento del uso de instalaciones cerradas (tales como los SNF-STP, los MHRC y las camas de hospitales estatales). Estas instalaciones se utilizan principalmente cuando un juez ordena un entorno de tratamiento cerrado, como una etapa de transición tras el alta de un hospital estatal o cuando un hospital lo considera médicamente necesario.

- 2. Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para reducir su tasa de institucionalización. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, la mejora de los servicios de respuesta a crisis dirigidos a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DMH

El DMH trabaja para reducir la institucionalización a través de los siguientes programas y servicios:

- Casa Club: el modelo de Casa Club es un enfoque de rehabilitación psicosocial basado en evidencia que reduce la institucionalización al brindar apoyos comunitarios, trabajo significativo y conexión social para personas con enfermedades mentales graves (SMI).
- Asociación para Servicios Integrales:
 - ACT: equipos comunitarios multidisciplinarios que brindan apoyo a personas con SMI o diagnósticos concurrentes de SMI/SUD que se encuentran en situación de calle, son usuarios recurrentes de servicios y/o están involucradas en el sistema de justicia con deterioros funcionales significativos.
 - FACT: una variante de ACT con capacitación y personal adicional para atender a miembros involucrados en el sistema de justicia; los equipos suelen prestar servicios tanto de ACT como de FACT.
 - FSP-ICM: un modelo basado en equipos y centrado en la recuperación con una intensidad de servicio menor que ACT/FACT.
- Centros de Respiro entre Pares: el programa de Respiro entre Pares reduce las hospitalizaciones al ofrecer una alternativa voluntaria y menos coercitiva a la atención de agudos en un entorno seguro y hogareño, con el apoyo de pares que cuentan con experiencia personal. Las investigaciones demuestran que los participantes de estos centros tienen menos probabilidades de utilizar servicios de hospitalización o de emergencia y suelen obtener mejores resultados en su recuperación.
- Programa de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP): los CRTP brindan estabilización como una alternativa a los servicios de emergencia y a los centros psiquiátricos para casos agudos, garantizando el acceso a entornos de mayor agudeza para quienes tienen necesidades más apremiantes. Ofrecen actividades terapéuticas y el desarrollo de habilidades para facilitar la transición de regreso a la vida comunitaria.
- Estabilización de crisis: proporciona acceso inmediato a servicios de crisis las 24 horas, los 7 días de la semana (atención sin cita previa, Equipos Psiquiátricos de Respuesta Móvil [PMRT], traslados por parte de las fuerzas del orden y Centros de Atención de Urgencia [UCC]) para reducir las visitas a emergencias relacionadas con la salud mental. El objetivo es desescalar las crisis, vincular a los clientes con los servicios y evitar niveles de atención más elevados. El seguimiento dentro de las 24 horas garantiza conexiones continuas o apoyo domiciliario/telefónico para derivar a los clientes a los servicios pertinentes.
- Tratamiento Intensivo de Día/Rehabilitación de Día (DTI/DR): el DTI/DR constituye una alternativa a la hospitalización y ayuda a las personas a vivir dentro de la comunidad. Los Servicios Ambulatorios Intensivos respaldan la vida independiente o semiindependiente de aquellas personas con deterioros psiquiátricos crónicos.
- EPI-LA Psicosis Temprana/Atención Especializada Coordinada – Primer Episodio de Psicosis: dirigido a jóvenes y adultos de 12 a 40 años con psicosis atenuada o un primer episodio psicótico, EPI-LA prioriza la admisión rápida y el acceso oportuno a medicamentos cuando es necesario. El programa cuenta actualmente con ocho centros proveedores y existen planes de expansión. Financiamiento: Intervención Temprana de MHSA/BHSA + EPSDT/Medi-Cal.
- Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS): los ERS brindan una intervención de transición estable y centrada en la seguridad dentro del continuo de salud mental, con el fin de romper los ciclos de situación de calle, crisis y rehospitalización.
- Alcance para Personas en Situación de Calle y Vinculación Móvil (HOME): el programa HOME atiende a adultos mayores de 18 años que viven en situación de calle de forma crónica y presentan necesidades profundas de salud mental. Estas personas pueden presentar carencias en seguridad alimentaria, vestimenta, refugio, higiene y comunicación, y suelen evitar sistemáticamente los servicios. HOME brinda servicios

especializados de salud mental para asegurar y mantener la vivienda. Financiamiento: MHSA, Medi-Cal.

- Programas de Reingreso Comunitario (próximamente FACT): El CRP es un programa forense que atiende las necesidades de personas anteriormente encarceladas que padecen enfermedades mentales y problemas concurrentes de consumo de sustancias. El objetivo es la reintegración a través del tratamiento de salud mental, el apoyo entre pares, las oportunidades de empleo o educación y el fortalecimiento de los vínculos familiares y sociales.
- Prevención, Intervención y Posvención del Suicidio: socios en la Prevención del Suicidio (PSP) es un programa enfocado en la prevención, intervención y posvención del suicidio en diversas comunidades y sistemas de servicios. El programa refuerza la concientización, la identificación temprana del riesgo de suicidio y la creación de vínculos y derivaciones. Asimismo, el PSP respalda esfuerzos de posvención eficaces para promover la sanación, reducir el estigma y prevenir riesgos futuros de suicidio mediante talleres educativos, recursos y asociaciones.
- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes: las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.

3. Para abordar la institucionalización, el condado utiliza las siguientes categorías de financiamiento:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Asociación para Servicios Integrales (FSP) de la BHSA
- Intervenciones de Vivienda de la BHSA
- Subvención en bloque para servicios de salud mental comunitaria (MHBG)
- Otros: EPSDT/Medi-Cal

Involucramiento en el sistema de justicia

Involucramiento en el sistema de justicia: Indicadores principales

Arrestos: Tasas de adultos y menores (Departamento de Justicia), año estadístico 2023

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **En el caso de adultos y adultos mayores:** inferior
 - b. **En el caso de jóvenes:** inferior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Raza o etnia y sexo

Involucramiento en el sistema de justicia: Indicadores complementarios

Tasa de condenas por reincidencia en adultos (Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (CDCR)), año fiscal 2019 - 2020

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Género y raza o etnia

Recuento de personas declaradas no aptas para ser juzgadas (IST) (Departamento de Hospitales Estatales (DSH)), año fiscal 2023

Nota: El recuento de IST abarca todos los programas financiados por el DSH, incluyendo hospitales estatales, Tratamiento de Competencia en Cárceles (JBCT), lista de espera, instalaciones comunitarias para pacientes internados, libertad condicional, y programas de restauración y desviación comunitaria. Sin embargo, este recuento excluye los programas financiados por el condado. Por lo tanto, las personas con designaciones de IST por delitos graves que, por orden judicial, se encuentran en programas financiados por el condado no están incluidas en esta cifra.

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
Superior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Involucramiento en el sistema de justicia: Análisis de disparidades

1. **Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.**

El Indicador principal 1 presenta datos de disparidad sobre el recuento de arrestos por delitos graves y menores entre adultos de 18 años o más bajo supervisión de libertad condicional en el condado de Los Ángeles en 2022, desglosados por raza. Los datos indican que los adultos hispanos están subrepresentados en el recuento de arrestos, con un índice de disparidad de 0.93. Por el contrario, los adultos afroamericanos y blancos están sobrerrepresentados, con índices de disparidad de 2.12 y 1.45, respectivamente.

El Indicador principal 2 presenta datos de disparidad sobre el recuento de arrestos por delitos graves y menores entre adultos de 18 años o más bajo supervisión de libertad condicional en el condado de Los Ángeles en 2022, desglosados por sexo. Los datos muestran que las mujeres están subrepresentadas en el recuento de arrestos, con un índice de disparidad de 0.40. Por el contrario, los hombres están sobrerrepresentados, con un índice de disparidad de 1.67.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron múltiples factores interrelacionados que fomentan las disparidades en los arrestos. Se citó el racismo sistémico en la labor policial como uno de los principales contribuyentes, ya que las comunidades afroamericanas y latinas presentan tasas de arresto más altas que otros grupos. Estos patrones tienen su origen en inequidades históricas, que incluyen una presencia policial excesiva de larga data y el perfilamiento racial en vecindarios de bajos ingresos. Las partes interesadas también señalaron la criminalización de las afecciones de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias, lo que a menudo deriva en respuestas de las fuerzas del orden ante situaciones que se abordarían mejor mediante servicios sociales y de salud. El acceso limitado a una defensa legal de alta calidad para individuos y familias de bajos ingresos agrava aún más estas disparidades, aumentando la probabilidad de resultados adversos en el sistema de justicia. También se mencionaron factores a nivel familiar, como el trauma y la ausencia de modelos a seguir positivos, que

pueden contribuir a un involucramiento temprano y continuo de los jóvenes en el sistema de justicia. Las presiones económicas sobre los cuidadores (muchos de los cuales tienen varios empleos) pueden dejar a los jóvenes con supervisión y apoyo limitados. Además, las partes interesadas destacaron las disparidades de género en las tasas de arresto, donde los hombres se ven afectados de manera desproporcionada, junto con un aumento en las tasas de arresto entre las mujeres. Por último, se identificó la falta de apoyos comunitarios (como vivienda estable, oportunidades educativas y acceso a la salud) como un factor estructural que refuerza el involucramiento en el sistema de justicia.

Soluciones integrales: con el fin de abordar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto de soluciones integrales centradas en la prevención, la desviación y la inversión comunitaria. Un punto central de estas recomendaciones es la expansión de los programas de desviación y la despenalización de los problemas relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias, reduciendo así la dependencia de las respuestas punitivas. Las partes interesadas también enfatizaron la importancia de aumentar el acceso a los tribunales de salud mental y a los programas de justicia restauradora como alternativas que priorizan el tratamiento, la rendición de cuentas y la sanación por encima del encarcelamiento.

Otras estrategias incluyen la ampliación de los recursos comunitarios para jóvenes y familias, junto con programas extraescolares gratuitos y servicios de guardería para reducir la exposición de los jóvenes a la delincuencia y su involucramiento en el sistema de justicia. El fortalecimiento de los apoyos familiares también se identificó como algo fundamental, con recomendaciones para proporcionar orientación, asistencia legal y servicios de estabilidad de vivienda para abordar los factores de estrés subyacentes. Las partes interesadas destacaron la importancia de mejorar la recopilación de datos mediante el desglose de las cifras de arrestos por raza, edad y nivel socioeconómico, así como la integración de múltiples fuentes de información, como los registros de libertad condicional, tratamiento y fuerzas del orden, para obtener una comprensión más completa de las disparidades.

Por último, las partes interesadas hicieron un llamado para reorientar el financiamiento, alejándolo de las prisiones y las fuerzas del orden para dirigirlo hacia la prevención, el tratamiento y los programas comunitarios. Se identificó como algo esencial para avanzar hacia la equidad y reducir las disparidades en el sistema de justicia el adaptar las prácticas basadas en evidencia a las necesidades culturales y contextuales de poblaciones específicas, en combinación con esfuerzos continuos de acercamiento para reducir el estigma y aumentar la concientización sobre los programas disponibles.

Involucramiento en el sistema de justicia: Preguntas transversales a los indicadores

1. **Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para reducir el nivel de involucramiento en el sistema de justicia de las personas que viven con necesidades significativas de salud conductual. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, el desarrollo de una intervención dirigida a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH)

El DMH trabaja para disminuir el involucramiento en el sistema de justicia a través de los

siguientes programas y servicios:

- Asociación para Servicios Integrales (ACT/FACT y FSP-ICM)
 - ACT (Tratamiento Asertivo Comunitario): equipos comunitarios multidisciplinarios brindan apoyo a personas con SMI o con diagnósticos concurrentes de SMI/SUD que se encuentran en situación de calle, son usuarios recurrentes de servicios y/o están involucradas en el sistema de justicia con deterioros funcionales significativos. El ACT ayuda a las personas a manejar sus síntomas, desenvolverse en la comunidad, obtener y mantener empleo y vivienda, y construir relaciones sociales sólidas.
 - FACT (ACT Forense): una variante del ACT con capacitación y personal adicional para abordar las necesidades de los miembros involucrados en el sistema de justicia. En muchos casos, los equipos prestan servicios tanto de ACT como de FACT, y los equipos de FACT incluyen a un integrante con experiencia personal en el sistema de justicia penal.
 - FSP-ICM: un modelo basado en equipos y centrado en la recuperación con una intensidad menor que ACT/FACT. Los servicios son brindados por equipos multidisciplinarios a personas con SMI o diagnósticos concurrentes de SMI/SUD que se encuentran en situación de calle, son usuarios recurrentes, están involucradas en el sistema de justicia, se encuentran en situación de riesgo o presentan deterioros funcionales moderados.
- Centros de Respiro entre Pares: los centros de respiro entre pares se enfocan en la desviación de crisis al proporcionar un espacio para personas en situación de angustia, evitando así la hospitalización o el involucramiento de las fuerzas del orden.
- El CRP es un programa forense que atiende las necesidades de personas anteriormente encarceladas que padecen enfermedades mentales y problemas concurrentes de consumo de sustancias. El objetivo es la reintegración a través del tratamiento de salud mental, el apoyo entre pares, las oportunidades de empleo o educación y el fortalecimiento de los vínculos familiares y sociales.
- Casa Club: el modelo Casa Club brinda apoyos comunitarios, oportunidades de empleo y conexiones sociales para personas con SMI al abordar el aislamiento social y el desempleo, dos factores determinantes en la reincidencia. A través de un trabajo significativo y el apoyo laboral, los miembros desarrollan habilidades, dignidad y un sentido de propósito. Un estudio en el Psychiatric Rehabilitation Journal reveló que el involucramiento en el sistema de justicia penal disminuyó sustancialmente durante y después de la afiliación a una Casa Club.
- Programa de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP): los CRTP ofrecen un entorno terapéutico para personas que atraviesan crisis de salud mental y que, de otro modo, podrían ser encarceladas, proporcionando estabilización y una vía para la reintegración comunitaria.
- Estabilización de crisis: las Unidades de Estabilización de Crisis brindan acceso inmediato las 24 horas, los 7 días de la semana, para atenuar crisis y vincular a las familias o cuidadores con los servicios, ofreciendo la Estabilización de Crisis como un destino alternativo a la cárcel. Cuando es apropiado, las familias pueden trasladar a sus seres queridos para apaciguar una crisis sin necesidad de llamar al 911.
- Equipos de Enlace con las Fuerzas del Orden (LET): los LET brindan respuesta a crisis en tiempo real y vinculación con servicios de salud mental en la comunidad, con el objetivo de reducir los arrestos y las hospitalizaciones.
- Vinculación con el Tribunal de Salud Mental: colaboración con los tribunales para orientar a las personas hacia la atención necesaria como alternativa a los entornos de encarcelamiento.

- Tratamiento Intensivo de Día/Rehabilitación de Día (DTI/DR): el DTI/DR amplía el tratamiento comunitario no institucional, lo que permite a las personas participar en su cuidado, aprender nuevas habilidades y reducir su involucramiento con el sistema de justicia penal.
- EPI-LA Psicosis Temprana/Atención Especializada Coordinada – Primer Episodio de Psicosis: dirigido a jóvenes y adultos de 12 a 40 años con psicosis atenuada o un primer episodio psicótico, EPI-LA prioriza la admisión rápida y el acceso oportuno a medicamentos según sea necesario. El programa cuenta con ocho sedes de proveedores y planea expandirse a zonas de alta necesidad. Financiamiento: Intervención Temprana de MHSA/BHSA + EPSDT/Medi-Cal.
- Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS): los ERS abordan las causas fundamentales del involucramiento en el sistema de justicia (las enfermedades mentales no tratadas y la inestabilidad de la vivienda) al proporcionar un entorno de tratamiento intensivo en la comunidad como alternativa a la cárcel para personas con necesidades de salud conductual declaradas no aptas para ser juzgadas o acusadas de delitos menores no violentos. Los ERS fomentan la estabilización y una transición exitosa a la vida comunitaria.
- DYD - Mensajeros Creíbles: este programa consiste en tutorías impartidas por pares jóvenes para ampliar el acceso a recursos y servicios destinados a jóvenes de color que se ven afectados negativamente y de manera desproporcionada por los sistemas y servicios tradicionales. Los servicios se dirigen a jóvenes de 18 a 25 años e incluyen la capacitación de los pares mensajeros, la evaluación de necesidades de los jóvenes para su asignación con mentores, mentorías individuales a cargo de jóvenes con experiencia personal, actividades grupales, intervención en crisis, participación familiar y vinculación con recursos y derivaciones.
- Socios Comunitarios - Promotores Unidos de Salud Mental (contratados): un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que presta servicios al condado de Los Ángeles proporcionando servicios de prevención en salud mental (por ejemplo, alcance y vinculación, capacitación). Se enfoca en fortalecer nuestras comunidades y crear trayectorias profesionales para sus integrantes. El programa cuenta con ocho equipos de UMHP o agencias contratistas por cada Distrito de Supervisión, con nueve miembros del personal por equipo.
- UMHP: este proyecto invierte en las comunidades mediante la contratación de agencias que atienden las zonas de mayor necesidad en todo el condado. Aprovechando su posición estratégica en el ámbito local, las agencias reclutan, contratan y capacitan a personal para que actúen como representantes de confianza y "miembros de la comunidad con experiencia personal". El proyecto utiliza la capacitación para fortalecer las habilidades del personal y apoyar el camino de los miembros de la comunidad hacia las metas trazadas en el marco de los Indicadores de Salud Poblacional (por ejemplo, reducción de la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de niños del hogar y las afecciones de salud conductual no tratadas, así como el aumento de la participación escolar). Se brinda un conjunto integral de servicios para abordar las necesidades comunitarias, tales como alcance y vinculación, derivaciones, actividades de apoyo psicosocial y servicios de asistencia al cliente (por ejemplo, ayuda para la vivienda, artículos para el hogar, asistencia alimentaria, pañales, servicios públicos y otras necesidades básicas).
- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes: las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo

de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA-SAPC

El DPH-SAPC trabaja para reducir el nivel de involucramiento en el sistema de justicia de las personas con necesidades de salud conductual significativas mediante su participación en los siguientes programas, servicios, asociaciones e iniciativas:

- El DPH-SAPC y sus proveedores colaboran con el Departamento de Libertad Condicional del condado de Los Ángeles para gestionar los protocolos en los centros de detención y campamentos juveniles, abogando por servicios adecuados para jóvenes con SUD. El DPH-SAPC coordina con dicho departamento la realización de remisiones directas y garantiza que el tratamiento de SUD para las personas bajo custodia que transicionan a la comunidad se coordine y entregue mediante una transferencia directa y personalizada.
- El Programa de Desviación Rápida (RDP) de Alternativas al Encarcelamiento (ATI) es liderado por la oficina de ATI del Director Ejecutivo del condado de Los Ángeles, en asociación con proveedores contratados por el DPH-SAPC, el Defensor Público, el Procurador de la Ciudad, el Fiscal de Distrito y los Tribunales Superiores de Los Ángeles. El RDP apoya a los acusados que padecen enfermedades mentales, SUD y trastornos concurrentes, desviándolos del sistema de justicia hacia un tratamiento. Si el acusado completa el tratamiento con éxito, se desestiman los cargos penales.
- El DPH-SAPC colabora con los Tribunales de Colaboración Comunitaria (CCC), que representan respuestas multidisciplinarias de uso intensivo de recursos para abordar las necesidades de veteranos, personas en situación de calle crónica, individuos con enfermedades mentales, víctimas de trata con fines de explotación sexual, jóvenes en riesgo en edad de transición y personas con SUD.
- El Programa de Remisión de la Custodia a la Comunidad (ICRP) es un programa de asociación entre el DPH-SAPC y el Departamento de Servicios de Salud (Servicios de Salud Correccional y Atención a la Persona Integral), cuyo objetivo es iniciar los vínculos con los servicios de tratamiento de SUD y la remisión de los reclusos que transicionan de la custodia a la comunidad. Los consejeros de DHS-CHS colaboran con la red de proveedores de SAPC para coordinar la reintegración de los reclusos y garantizar una transferencia personalizada al nivel de atención adecuado.
- El Programa de Desviación con Asistencia de las Fuerzas del Orden (LEAD) es un modelo de desviación comunitaria previo al arresto, liderado por la Oficina de Desviación y Reingreso en conjunto con proveedores contratados por el DPH-SAPC, el Departamento del Alguacil y organizaciones comunitarias seleccionadas. LEAD desvía a personas con reincidencia en delitos menores relacionados con drogas desde el primer contacto con la policía hacia una gestión de casos basada en la reducción de daños y servicios sociales, como alternativa al encarcelamiento. Los consejeros de CENS realizan evaluaciones de trastornos por consumo de sustancias y vinculación con el tratamiento en ubicaciones compartidas designadas.
- El Tribunal de Drogas para Delincuentes Sentenciados (SODC) se estableció en 1998 como un enfoque de tratamiento intensivo de SUD. Este programa incluye un esquema de tratamiento obligatorio bajo custodia durante 90 días en la cárcel del

condado, seguido de servicios de tratamiento residencial o ambulatorio de SUD supervisados por el tribunal y basados en la comunidad, dirigidos a delincuentes condenados por delitos graves no violentos con un alto riesgo de reincidencia.

- El Programa del Tribunal de Drogas para Adultos (ADC) del Condado de Los Ángeles aborda las necesidades de SUD de las personas que circulan por el sistema de justicia. A través de una asociación con el Tribunal Superior de Los Ángeles, la Fiscalía de Distrito, la Defensoría Pública y proveedores de tratamiento de SUD comunitarios contratados por el DPH-SAPC, el ADC brinda un tratamiento integral para fomentar la recuperación a largo plazo y reducir costos mediante los esfuerzos de colaboración de diversas entidades judiciales y de tratamiento. El ADC atiende a personas con abuso de sustancias condenadas por delitos graves y menores que se encuentran bajo libertad condicional formal en lugar de encarcelamiento.
- El DPH-SAPC, el Departamento de Libertad Condicional y el DMH implementaron en 2015 el programa de Red de Atención Integrada para Trastornos Concurrentes (COIN). COIN brinda tratamiento integrado de salud mental y SUD a los participantes de la ley AB 109 que presentan un SUD crónico y una enfermedad mental grave y persistente. Los clientes son remitidos por el Tribunal Superior del Condado de Los Ángeles, Tribunal de Revocación (División 83), para recibir tratamiento residencial.
- El programa de Transición de Tratamiento de Sustancias y Reingreso a la Comunidad (START-Community) ofrece a los reclusos que cumplen los requisitos la oportunidad de completar los últimos 90 días de su sentencia en un centro de tratamiento residencial de SUD basado en la comunidad. Las personas que participan en START-Community permanecen bajo la supervisión del Departamento del Alguacil del Condado de Los Ángeles durante la duración de su tratamiento. Al finalizar o ser liberados, se ofrecen servicios de transición que incluyen tratamiento ambulatorio o servicios de apoyo a la recuperación de forma voluntaria.

Los siguientes son servicios y programas relacionados que atienden a poblaciones en riesgo o involucradas en el sistema de justicia:

- Las campañas educativas y en medios de comunicación del DPH-SAPC cumplen el propósito esencial de exponer a las personas y comunidades a mensajes que promueven la reducción de riesgos en el consumo de sustancias y fomentan cambios de conducta positivos. Estas campañas utilizan datos y estrategias impulsadas por la comunidad para ofrecer enfoques de mercadeo tradicionales, sociales y de otro tipo que se dirigen a áreas geográficas de alto riesgo. Aumentar la concientización y la educación puede ayudar a prevenir comportamientos que incrementan el riesgo de involucramiento en el sistema de justicia.
- El programa BRIDGE del DPH-SAPC (Construyendo Relaciones, Inspirando el Desarrollo, Aumentando la Participación) es una iniciativa centrada en la familia que mejora la capacidad de los proveedores para ofrecer servicios de apoyo a los cuidadores y familias de jóvenes, particularmente aquellos con necesidades complejas, jóvenes involucrados en la justicia juvenil y aquellos liberados recientemente de centros de detención o instalaciones de seguridad.

2. Las siguientes son las categorías de financiamiento que el condado utiliza para abordar la meta de involucramiento en el sistema de justicia:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Asociación para Servicios Integrales (FSP) de la BHSA
- Intervenciones de Vivienda de la BHSA
- Subvención en bloque para servicios de salud mental comunitaria (MHBG)

- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Otros: Fondos del acuerdo de conciliación de opioides, Inversión Comunitaria "Care First" (CFCI), fondos del acuerdo de tabaco, subvención federal: CDC OD2A, AB 109, Ley de Prevención de la Delincuencia Juvenil y Subvención en Bloque para Jóvenes Delincuentes, el Desafío de Seguridad y Justicia de la Fundación MacArthur, fondos en especie de SAPC, AB 10

Separación de los niños del hogar

Separación de los niños del hogar: Indicadores principales

Niños en el sistema de crianza temporal (Proyecto de Indicadores de Bienestar Infantil [CWIP]), a enero de 2025

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?** Superior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?**
Raza o etnia y sexo

Separación de los niños del hogar: Indicadores complementarios

Tasas de penetración de los SMHS en casos abiertos de bienestar infantil (DHCS), 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?** Superior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Raza o etnia y sexo

Validaciones de maltrato infantil (CWIP), 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa estatal?** Superior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** Raza o etnia y sexo

Separación de los niños del hogar: Análisis de disparidades

1. **Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.**

El **Indicador 1** analiza las disparidades en el recuento puntual de los niños que se encuentran bajo el sistema de crianza temporal, abarcando a todos aquellos con un episodio de ubicación vigente supervisado por el sistema de bienestar infantil o de libertad condicional. Los datos muestran que los niños blancos y los de origen asiático o isleños del Pacífico están subrepresentados en el sistema de crianza temporal, con índices de disparidad de 0.76 y 0.18, respectivamente. Por el contrario, los niños nativos de Alaska o indígenas estadounidenses, los afroamericanos y los hispanos están sobrerrepresentados, con índices de disparidad de 3.96, 2.83 y 1.01, respectivamente.

El **Indicador 2** examina las disparidades en el recuento puntual de los niños bajo el sistema de crianza temporal, incluyendo a todos los menores con un episodio de ubicación vigente supervisado por bienestar infantil o libertad condicional, desglosados por sexo. Los datos indican que las niñas están ligeramente subrepresentadas, con un índice de disparidad de 0.97. En cambio, los niños están ligeramente sobrerrepresentados, con un índice de disparidad de 1.04.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron diversos factores que fomentan las disparidades en el involucramiento con el sistema de bienestar infantil. Se citó el racismo sistémico como un problema fundamental, en el que las normas sesgadas sobre la crianza y los malentendidos culturales contribuyen a tasas más altas de separación de niños en las comunidades de personas de color. Los desafíos socioeconómicos (incluyendo la pobreza, los hogares monoparentales, las brechas de lectoescritura y el acceso limitado a una nutrición adecuada y atención prenatal) también se identificaron como factores de riesgo significativos que aumentan la vulnerabilidad familiar. Además, las partes interesadas expresaron su preocupación por las prácticas de denuncia, señalando que los informes provenientes de las escuelas y los educadores a menudo no son validados, pero aun así activan la intervención del sistema de bienestar infantil. Las persistentes brechas en los datos complican aún más los esfuerzos para comprender y abordar las disparidades, ya que la falta de información contextual y las definiciones poco claras ocultan las causas fundamentales del contacto con el sistema. Finalmente, las partes interesadas enfatizaron el impacto duradero del daño histórico, incluyendo las prácticas pasadas de separar a los niños de comunidades marginadas, las cuales continúan moldeando las políticas, percepciones y resultados en la actualidad.

Soluciones integrales: con el fin de abordar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto de soluciones centradas en la receptividad cultural, la coordinación y el apoyo familiar. Entre las recomendaciones clave se encuentra la expansión de los servicios culturalmente receptivos mediante asociaciones con organizaciones religiosas y de base comunitaria de confianza, así como la incorporación de defensores y mediadores culturales para brindar un mejor apoyo a familias de diversos orígenes. Las partes interesadas también enfatizaron la importancia de una colaboración sistémica más sólida entre agencias como el DCFS, las escuelas y las organizaciones comunitarias para compartir recursos, alinear prácticas y reducir la toma de decisiones aislada. Además, hicieron un llamado para mejorar el apoyo en la navegación del sistema, ayudando a las familias a acceder a los servicios necesarios con mayor facilidad y sin estigmas ni barreras innecesarias. También se recomendaron cambios en las políticas y prácticas, incluyendo la reevaluación de las normas para la separación de niños, la expansión de los programas de desviación y la reducción de las separaciones innecesarias siempre que sea seguro y apropiado. La mejora en la accesibilidad de los servicios se identificó como otra prioridad, y se sugirió ofrecer servicios virtuales y a domicilio, clínicas de bajo umbral de exigencia y opciones con especificidad cultural adaptadas a las necesidades de cada familia. Por último, las partes interesadas destacaron la necesidad de fortalecer la diversidad de la fuerza laboral mediante el aumento de la representación del personal proveniente de las comunidades más afectadas por el sistema de bienestar infantil, con el objetivo de generar confianza y mejorar los resultados.

Separación de los niños del hogar: Preguntas transversales a los indicadores

1. **Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para reducir el nivel de separación de los niños del hogar. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, el desarrollo de una intervención dirigida a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DMH

El DMH trabaja para disminuir la separación de los niños del hogar a través de los siguientes programas y servicios:

- Cuidado de Crianza Especializado (SFC): el SFC ofrece servicios de salud mental y vinculación para jóvenes y familias involucradas en el sistema de bienestar infantil, tanto en la comunidad como en clínicas de operación directa. El programa tiene como objetivo prevenir las separaciones o minimizar las colocaciones múltiples para los jóvenes que ya han sido retirados de su hogar.
- Asociación para Servicios Integrales (FSP) Infantil: incluye el modelo de Apoyo Integral de Alta Fidelidad.
- Servicios de Bienestar para Niños y Jóvenes (CYWS): Los CYWS brindan atención integral y dirigida a niños, jóvenes y jóvenes en edad de transición (TAY, de 0 a 25 años) identificados con afecciones de salud mental complejas que cumplen con los criterios para acceder a Servicios Especializados de Salud Mental. Los servicios están diseñados para abordar trastornos graves de salud conductual, mejorar el deterioro funcional y aumentar las habilidades de afrontamiento adecuadas para el desarrollo. Los servicios son prestados por personal multidisciplinario en clínicas y entornos de campo, utilizando prácticas basadas en evidencia y definidas por la comunidad. Los servicios especializados de salud mental ambulatorios buscan disminuir los síntomas, evitar la necesidad de niveles de atención más elevados y promover el bienestar, apoyando en todo momento a los niños, jóvenes y TAY para que permanezcan integrados en sus familias y comunidades. Preservación Familiar (FP): el programa FP atiende a familias en riesgo de sufrir problemas en el funcionamiento familiar o que ya los presentan, con el objetivo de reducir las colocaciones fuera del hogar mediante la prestación de servicios de salud mental y una variedad de apoyos comunitarios para el niño o joven y su familia.
- First 5 - Visitas Domiciliarias: Healthy Families America (HFA) y Parents as Teachers (PAT) son programas nacionales de visitas domiciliarias basados en evidencia y respaldados por investigaciones que recopilan información familiar para adaptar los servicios a todo el grupo familiar. Los programas ofrecen visitas semanales o quincenales destinadas a promover relaciones positivas entre padres e hijos y un apego saludable. Este programa de visitas domiciliarias priorizará las zonas donde los datos indiquen un alto número de familias involucradas con los servicios de protección infantil.
- DCFS - Prevención y Cuidado Posterior: diez agencias comunitarias líderes que prestan una variedad de servicios a la comunidad para empoderar, defender, educar y conectar a las personas. Estos servicios refuerzan los factores de protección al brindar apoyo y comunidad para mitigar los efectos adversos de las experiencias infantiles traumáticas (ACE, por sus siglas en inglés) y los determinantes sociales de la salud.
- Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad de Antelope Valley (CFRC móviles): estos centros tienen como objetivo rediseñar la prestación de servicios, crear trayectorias profesionales y reducir el estigma, al tiempo que disminuyen los factores de riesgo, mejoran los factores de protección y adoptan a los niños, las familias y las comunidades como agentes de cambio. El CFRC de Antelope Valley está diseñado para crear un espacio (o una red de espacios) coordinado entre el sector público y privado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos de la zona puedan acceder fácilmente a los servicios que necesitan para mejorar su bienestar.
- CFRC (Distritos de Supervisión 1 a 5): los Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad (CFRC) están diseñados para crear un espacio coordinado, gestionado

e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos puedan acceder fácilmente a los servicios necesarios para mejorar su bienestar. Los CFRC forjarán alianzas con redes de atención de confianza, líderes comunitarios, organizaciones de base comunitaria y entidades públicas y privadas para aprovechar los puntos fuertes y las capacidades de cada uno, respondiendo así de la mejor manera a las necesidades de las personas y familias de la comunidad a la que atienden.

- Friends of the Children: el objetivo de FOTC es prevenir el ingreso al sistema de cuidado de crianza y mejorar la estabilidad y el bienestar de aquellas familias identificadas por el DCFS con el mayor riesgo de ser separadas. FOTC brinda mentoría profesional individual a los niños durante más de 12 años, comenzando alrededor de los 4 a 6 años de edad. Los mentores están capacitados para brindar apoyo a los cuidadores, promover la autogestión y generar oportunidades para establecer conexiones entre pares y con la comunidad de manera culturalmente receptiva.
- Promotores: el Programa de Promotores Unidos de Salud Mental tiene como objetivo reducir el estigma relacionado con la salud mental en todo el condado de Los Ángeles, particularmente en grupos culturales y lingüísticos marginados. Los promotores de salud mental interactúan con los miembros de la comunidad y los vinculan con el Departamento de Salud Mental y otros recursos mediante métodos con sensibilidad cultural. Sus servicios abarcan el alcance comunitario, la facilitación de talleres de salud mental para combatir el estigma, la derivación a servicios de salud mental y la prestación de servicios de triaje y apoyo en salud mental según las necesidades de la comunidad.
- Socios Comunitarios: Promotores Unidos de Salud Mental (contratados): un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que presta servicios al condado de Los Ángeles proporcionando servicios de prevención en salud mental (por ejemplo: alcance y vinculación, capacitación). Se enfoca en fortalecer nuestras comunidades y crear trayectorias profesionales para sus integrantes.
- Salud mental desde el nacimiento hasta los cinco años: el equipo de Birth-to-5 brinda apoyo para el fortalecimiento de capacidades, lo que incluye talleres, asistencia técnica y consultas de reflexión para que los médicos ayuden de manera eficaz a los niños pequeños y sus familias. Estos apoyos amplían el acceso a una atención temprana centrada en las relaciones y fortalecen la capacidad de los médicos para identificar necesidades de desarrollo y de salud conductual, vinculando a las familias con los recursos adecuados. Al abordar las inquietudes de manera temprana y fortalecer los vínculos entre el cuidador y el niño, el equipo de Birth-to-5 ayuda a prevenir que la situación se agrave y derive en respuestas impulsadas por crisis, tales como la necesidad de mayores niveles de atención o el involucramiento futuro con el sistema de justicia o el DCFS. Esta intervención temprana estabiliza a las familias, ayuda a que los niños permanezcan seguros en sus hogares y fomenta una mayor participación en entornos escolares y de aprendizaje temprano.
- Salud Mental Perinatal de los Padres: el Programa de Salud Mental Perinatal de los Padres (PPMH) es una iniciativa de apoyo clínico multinivel de alcance condal, diseñada para fortalecer la atención de salud mental perinatal en las clínicas operadas directamente. El programa ofrece capacitación integral, asesoramiento continuo, supervisión reflexiva y asistencia técnica para garantizar una implementación de alta calidad. La oferta del PPMH incluye cursos web básicos y avanzados, intervenciones basadas en evidencia, capacitaciones especializadas para apoyar a las familias durante el período perinatal, llamadas de consulta mensuales y una vía de certificación para desarrollar pericia y sostenibilidad a largo plazo en la atención de la salud mental perinatal.

- Academia de Capacitación para Padres Compañeros: la capacitación para padres compañeros mejora las habilidades de los especialistas de apoyo entre pares (PSS) que trabajan con los padres y cuidadores de los niños que reciben servicios. Una mejor formación de los PSS optimiza la capacidad de los padres y cuidadores para acceder a los programas, recursos y apoyos adicionales necesarios, lo que reduce el riesgo de que el niño sea separado del hogar, así como su posible involucramiento en el sistema de justicia o su institucionalización. Los PSS reciben una mejor preparación para ayudar a las familias a acceder a programas de tratamiento para afecciones de salud conductual no atendidas, como el Centro Regional, y para fomentar la participación escolar.
- UMHP: este proyecto invierte en las comunidades mediante la contratación de agencias que atienden las zonas de mayor necesidad en todo el condado. Aprovechando su posición estratégica en el ámbito local, las agencias reclutan, contratan y capacitan a personal para que actúen como representantes de confianza y "miembros de la comunidad con experiencia personal". El proyecto utiliza la capacitación para fortalecer las habilidades del personal y apoyar el camino de los miembros de la comunidad hacia las metas trazadas en el marco de los Indicadores de Salud Poblacional (por ejemplo, reducción de la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de niños del hogar y las afecciones de salud conductual no tratadas, así como el aumento de la participación escolar). Se brinda un conjunto integral de servicios para abordar las necesidades comunitarias, tales como alcance y vinculación, derivaciones, actividades de apoyo psicosocial y servicios de asistencia al cliente (por ejemplo, ayuda para la vivienda, artículos para el hogar, asistencia alimentaria, pañales, servicios públicos y otras necesidades básicas).
- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes: las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.
- Equipos de Crisis: e PMRT presta servicios de crisis en la comunidad para jóvenes y familias vinculadas al sistema de bienestar infantil, con el propósito de evitar que nuevas familias ingresen a dicho sistema o de prevenir traslados adicionales para quienes ya forman parte de él.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA-SAPC

El DPH-SAPC trabaja para reducir la separación de los niños del hogar mediante los siguientes programas, servicios, asociaciones o iniciativas existentes:

- La red para Mujeres Embarazadas y con Hijos (PPW) del DPH-SAPC ofrece tratamiento para el SUD, vivienda y servicios de apoyo, lo que incluye camas de vivienda de transición para la recuperación (RBH) dedicadas a clientas de PPW y sus hijos en todo el condado. La RBH está disponible para hasta cinco niños acompañantes (de 0 a 16 años) con un beneficio de hasta 360 días. Estos servicios

se brindan al padre o madre y a los hijos de acuerdo con las Pautas de Práctica Perinatal para Trastornos por Consumo de Sustancias del DHCS. Los servicios bajo el programa PPW abarcan una atención ampliada para mujeres embarazadas, en etapa de posparto y con hijos, así como para sus hijos dependientes, garantizando el acceso en todos los niveles de atención. Esto incluye servicios específicos para los menores, como coordinación de la atención, guardería y servicios de transporte. Aumentar la disponibilidad y el acceso a la atención garantiza el bienestar del niño y disminuye el riesgo de que sea retirado de su hogar.

- El DPH-SAPC participa en el Tribunal de Apoyo a la Recuperación, el cual asiste a los padres involucrados con el Departamento de Servicios para Niños y Familias a fin de que se abstengan del consumo de sustancias y mantengan su recuperación. Los padres reciben asesoramiento en diversas áreas, incluyendo consejería para el SUD y servicios de salud mental. Estos servicios ayudan a reducir el riesgo de que los niños en situación vulnerable sean separados de su hogar.
- El DPH-SAPC puso en marcha en abril de 2025 la Vivienda de Transición para la Recuperación para padres con hijos dependientes (RBH-DADS). Al igual que la RBH para la población de PPW, el programa RBH-Dads está diseñado para ofrecer vivienda temporal a hombres que reciben tratamiento ambulatorio por SUD junto con hasta cinco niños acompañantes (de 0 a 16 años). El programa tiene como fin apoyar a las familias afectadas por el SUD para que permanezcan unidas y, en el caso de aquellas vinculadas con el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS), trabajar para lograr la reunificación. Se prevé que el programa RBH-DADS esté implementado por completo en todo el condado para el año civil 2026.

2. Las siguientes son las categorías de financiamiento que el condado utiliza para abordar la meta de evitar la separación de los niños del hogar:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Reasignación de 2011
- Participación Financiera Federal (SMHS, Drug Medi-Cal/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada Drug Medi-Cal (DMC/DMC-ODS))
- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Otros: EPSDT/Medi-Cal

Afecciones de salud conductual no tratadas

Afecciones de salud conductual no tratadas: Indicadores principales

Seguimiento tras visitas a urgencias por consumo de sustancias (FUA-30), 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. Para el total de la población evaluada: inferior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Seguimiento tras visitas a urgencias por enfermedades mentales (FUM-30), 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. Para el total de la población evaluada: inferior
2. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales?** No hay datos de disparidades disponibles.

Afecciones de salud conductual no tratadas: Indicadores complementarios

Adultos que necesitaron ayuda por problemas emocionales, de salud mental o de

consumo de alcohol o drogas y que no realizaron consultas por estos motivos en el último año (CHIS), 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: inferior
2. ¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o poblaciones especiales? Raza o etnia y sexo

Afecciones de salud conductual no tratadas: Análisis de disparidades

1. Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.

El **Indicador principal 1** evalúa el porcentaje de visitas a urgencias de pacientes de 13 años en adelante con un diagnóstico principal de trastorno por consumo de sustancias o cualquier diagnóstico de sobredosis de drogas que recibieron servicios de seguimiento en los 30 días posteriores a dicha visita (31 días en total), indicador conocido como FUA-30. En este análisis, Health Net Community Solutions, Inc. registró una tasa de seguimiento del 25.83%, mientras que LA Care Health Plan reportó una cifra ligeramente superior del 26.15%. Si bien ambos planes superaron el nivel mínimo de desempeño del 21.24% fijado por el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS), ninguno logró alcanzar la meta de alto desempeño del 32.38% establecida por dicha entidad.

El **Indicador principal 2** evalúa el porcentaje de visitas a urgencias de pacientes de 6 años en adelante con un diagnóstico principal de enfermedad mental o cualquier diagnóstico de autolesión intencional que recibieron seguimiento de salud mental en los 30 días posteriores a dicha visita (31 días en total), medida denominada FUM-30. En este análisis, Health Net Community Solutions, Inc. reportó una tasa de seguimiento del 39.35%, mientras que LA Care Health Plan registró un 35.70%. El desempeño de ambos planes se situó muy por debajo del nivel mínimo del 54.51% y de la meta de alto desempeño del 72.01% establecidos por el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS).

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas señalaron diversos factores que propician las disparidades en la atención de seguimiento tras las visitas a urgencias. Se mencionó la insuficiente coordinación de la atención como un reto principal, ya que los departamentos de urgencias y los proveedores ambulatorios suelen trabajar de forma aislada, con una comunicación limitada y un intercambio de datos deficiente. Esta situación se agrava por una planificación del alta deficiente, lo que provoca que los pacientes a menudo salgan de los hospitales sin citas de seguimiento programadas ni planes de atención claros y ejecutables. También se destacaron las deficiencias en el desempeño del sistema, observando que los planes de salud no cumplen de manera constante con las metas mínimas o de alto desempeño para la atención oportuna. El estigma y los diagnósticos erróneos se identificaron como barreras adicionales, pues las percepciones negativas sobre las enfermedades mentales y el consumo de sustancias pueden disuadir a las personas de buscar tratamiento, mientras que un diagnóstico inexacto puede derivar en una atención ineficaz o inadecuada. Por último, barreras estructurales como la inestabilidad de la vivienda, la falta de transporte y el acceso limitado a teléfonos o comunicación digital dificultan aún más la asistencia a las citas. La escasez de personal (que incluye un número insuficiente de empleados capacitados y remuneraciones bajas) se resaltó como una limitación significativa que reduce la

disponibilidad de los servicios y el apoyo de seguimiento.

Soluciones integrales: para mitigar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto de soluciones coordinadas que se centran en la rendición de cuentas del sistema, la atención integral y un mejor acceso a los servicios de seguimiento. Las recomendaciones clave incluyen el uso de mecanismos normativos e incentivos financieros (como contratos basados en el desempeño, el aumento de las tasas de reembolso y cambios en las políticas) para fortalecer los resultados de seguimiento tras el paso por urgencias. Además, se enfatizó la adopción de un enfoque de atención a la persona integral que considere los determinantes sociales de la salud, como la estabilidad de la vivienda, el empleo y el apoyo comunitario, junto con el tratamiento médico y de salud conductual.

Además, las partes interesadas recomendaron reforzar el personal y los apoyos del sistema mediante la incorporación de navegadores de atención, especialistas pares y trabajadores de salud comunitaria directamente en los departamentos de urgencias para agilizar las conexiones con la atención de seguimiento. También se propusieron intervenciones dirigidas a poblaciones con mayores necesidades (como madres con trastornos por consumo de sustancias, jóvenes y personas en situación de calle) para asegurar que los servicios sean receptivos y se adapten de forma adecuada. La ampliación de las opciones de acceso mediante telesalud, alcance móvil, recordatorios de citas y la prestación de servicios culturalmente receptivos se identificó como una estrategia fundamental para reducir las barreras logísticas y estructurales. Por último, las partes interesadas destacaron la importancia de mitigar el estigma involucrando a pares con experiencias de vida similares, ampliando la educación para el público y los proveedores, y normalizando las conversaciones sobre la salud mental y la recuperación.

Afecciones de salud conductual no tratadas: Preguntas transversales a los indicadores

1. **Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para disminuir el nivel de afecciones de salud conductual no tratadas en su condado. En su respuesta, describa cómo planea abordar los indicadores en los que su situación se encuentra por debajo del promedio o la mediana estatal, dentro del contexto de las necesidades locales. Asimismo, haga referencia a cualquier dato utilizado para fundamentar los nuevos programas, servicios, asociaciones o iniciativas que el condado esté implementando (por ejemplo, el desarrollo de una intervención dirigida a una subpoblación en la que los datos demuestren que obtienen peores resultados).**

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH)

El DMH trabaja para disminuir las afecciones de salud conductual no tratadas a través de los siguientes programas y servicios:

- Estabilización de crisis: una Unidad de Estabilización de Crisis puede funcionar como el entorno de apoyo inicial para personas con afecciones psiquiátricas emergentes y facilitar el vínculo con la atención continua. Resolver una crisis sin recurrir a la hospitalización resulta menos disruptivo y puede mejorar la experiencia de quienes buscan ayuda.
- Programa de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP): los CRTP brindan estabilización como una alternativa a los servicios de emergencia y a los centros psiquiátricos para casos agudos, garantizando el acceso a entornos de mayor agudeza para quienes tienen necesidades más apremiantes. Ofrecen actividades terapéuticas y el desarrollo de habilidades para facilitar la transición de regreso a la vida comunitaria.

- Equipos de Aplicación de la Ley (LET): los LET prestan servicios ante crisis en la comunidad, vinculando a las personas con servicios de salud mental para que reciban tratamiento continuo, en lugar de recurrir por defecto a las respuestas de emergencia.
- EPI-LA Psicosis Temprana: el programa EPI-LA atiende a jóvenes y adultos de 12 a 40 años que presentan psicosis atenuada o un primer episodio psicótico. Las clínicas se comunican con los jóvenes y sus familias en un plazo de dos días tras la remisión para realizar una evaluación; si cumplen con los requisitos, la admisión se efectúa en un plazo de 10 días hábiles, priorizando los servicios de medicación cuando es necesario. El programa se ha expandido a ocho centros de proveedores y se prevé su crecimiento en zonas de alta necesidad.
- Programas Terapéuticos Residenciales de Corto Plazo (STRTP): estos centros brindan supervisión y cuidados intensivos especializados las 24 horas del día. Se destinan a niños, jóvenes o jóvenes adultos dependientes (NMD) cuyas necesidades no pueden atenderse de manera segura en un entorno familiar.
- Cuidado de Crianza con Servicios Intensivos (ISFC): este programa de bienestar infantil de California surge de la colaboración entre el DCFS, el Departamento de Libertad Condicional y el DMH. Su objetivo es ofrecer atención comunitaria intensiva a jóvenes con desafíos emocionales y conductuales graves por medio de familias de recursos y equipos de agencias de hogares de crianza con capacitación especial. La prestación de estos servicios se ajusta a las necesidades particulares del menor y su familia bajo un marco de respeto y humildad cultural y lingüística.
- DYD (Mensajeros Creíbles): Esta iniciativa consiste en mentorías realizadas por pares jóvenes para facilitar el acceso a recursos y servicios. Se enfoca en personas de color que sufren un impacto negativo desproporcionado por parte de los sistemas tradicionales. Los servicios se dirigen a jóvenes de 18 a 25 años e incluyen la capacitación de los pares mensajeros, la evaluación de necesidades de los jóvenes para su asignación con mentores, mentorías individuales a cargo de jóvenes con experiencia personal, actividades grupales, intervención en crisis, participación familiar y vinculación con recursos y derivaciones.
- First 5 - Visitas Domiciliarias: Healthy Families America (HFA) y Parents as Teachers (PAT) son programas nacionales de visitas domiciliarias basados en evidencia y respaldados por investigaciones que recopilan información familiar para adaptar los servicios a todo el grupo familiar. Los programas ofrecen visitas semanales o quincenales destinadas a promover relaciones positivas entre padres e hijos y un apego saludable. Este programa de visitas domiciliarias priorizará las zonas donde los datos indiquen un alto número de familias involucradas con los servicios de protección infantil. DCFS - Prevención y Cuidado Posterior: diez agencias comunitarias líderes que prestan una variedad de servicios a la comunidad para empoderar, defender, educar y conectar a las personas. Estos servicios refuerzan los factores de protección al brindar apoyo y comunidad para mitigar los efectos adversos de las experiencias infantiles traumáticas (ACE, por sus siglas en inglés) y los determinantes sociales de la salud.
- Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad de Antelope Valley (CFRC móviles): estos centros tienen como objetivo rediseñar la prestación de servicios, crear trayectorias profesionales y reducir el estigma, al tiempo que disminuyen los factores de riesgo, mejoran los factores de protección y adoptan a los niños, las familias y las comunidades como agentes de cambio. El CFRC de Antelope Valley está diseñado para crear un espacio (o una red de espacios) coordinado entre el sector público y privado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos de la zona puedan acceder fácilmente a los servicios que necesitan para mejorar su bienestar.

- CFRC (Distritos de Supervisión 1 a 5): los Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad (CFRC) están diseñados para crear un espacio coordinado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos puedan acceder fácilmente a los servicios necesarios para mejorar su bienestar. Los CFRC forjarán alianzas con redes de atención de confianza, líderes comunitarios, organizaciones de base comunitaria y entidades públicas y privadas para aprovechar los puntos fuertes y las capacidades de cada uno, respondiendo así de la mejor manera a las necesidades de las personas y familias de la comunidad a la que atienden.
- Promotores: el Programa de Promotores Unidos de Salud Mental tiene como objetivo reducir el estigma relacionado con la salud mental en todo el condado de Los Ángeles, particularmente en grupos culturales y lingüísticos marginados. Los promotores de salud mental interactúan con los miembros de la comunidad y los vinculan con el Departamento de Salud Mental y otros recursos mediante métodos con sensibilidad cultural. Sus servicios abarcan el alcance comunitario, la facilitación de talleres de salud mental para combatir el estigma, la derivación a servicios de salud mental y la prestación de servicios de triaje y apoyo en salud mental según las necesidades de la comunidad.
- Socios Comunitarios - Promotores Unidos de Salud Mental (contratados): un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que atiende al condado de Los Ángeles brindando servicios de prevención en salud mental (por ejemplo, vinculación, alcance y capacitación). Se enfoca en fortalecer a nuestras comunidades y generar trayectorias profesionales para sus integrantes. El programa contempla ocho equipos de promotores o agencias contratistas por cada Distrito de Supervisión, con nueve miembros de personal por equipo.
- Salud Mental Perinatal de los Padres: el Programa de Salud Mental Perinatal de los Padres (PPMH) es una iniciativa de apoyo clínico multinivel de alcance condal, diseñada para fortalecer la atención de salud mental perinatal en las clínicas operadas directamente. El programa ofrece capacitación integral, asesoramiento continuo, supervisión reflexiva y asistencia técnica para garantizar una implementación de alta calidad. La oferta del PPMH incluye cursos web básicos y avanzados, intervenciones basadas en evidencia, capacitaciones especializadas para apoyar a las familias durante el período perinatal, llamadas de consulta mensuales y una vía de certificación para desarrollar pericia y sostenibilidad a largo plazo en la atención de la salud mental perinatal.
- Prevención, Intervención y Posvención del Suicidio: socios en la Prevención del Suicidio (PSP) es un programa enfocado en la prevención, intervención y posvención del suicidio en diversas comunidades y sistemas de servicios. El programa refuerza la concientización, la identificación temprana del riesgo de suicidio y la creación de vínculos y derivaciones. Asimismo, el PSP respalda esfuerzos de posvención eficaces para promover la sanación, reducir el estigma y prevenir riesgos futuros de suicidio mediante talleres educativos, recursos y asociaciones.
- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes: las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo

temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA-SAPC

El DPH-SAPC se dedica a reducir la incidencia de las afecciones de salud conductual no tratadas en todo el condado de Los Ángeles. Para lograrlo, impulsa iniciativas de fortalecimiento de capacidades en todos los niveles de atención, tanto en servicios residenciales como ambulatorios, mediante los siguientes programas, asociaciones y servicios vigentes:

- El DPH-SAPC incrementa la cantidad de médicos clínicos licenciados capacitados para evaluar y tratar trastornos concurrentes, así como de psiquiatras que brindan apoyo farmacológico. El objetivo es reforzar la capacidad de los servicios ambulatorios e intensivos para atender a clientes con afecciones de salud mental simultáneas en entornos de tratamiento para el SUD.
- Desarrollo de la fuerza laboral e incentivos basados en el valor: estos programas fortalecen la aptitud de las agencias proveedoras para tratar a poblaciones con trastornos concurrentes en entornos residenciales, como preparación para la cuarta edición del ASAM. El DPH-SAPC también comunica que todos los niveles de atención deben poseer, como mínimo, capacidad de respuesta ante trastornos concurrentes. La expansión del personal capacitado ayuda a disminuir la probabilidad de que estas afecciones queden sin tratamiento.
- El DPH-SAPC otorga fondos iniciales como parte del Piloto de Fortalecimiento de la Capacidad Residencial para potenciar las competencias del personal que brinda servicios de manejo de la abstinencia y de trastornos concurrentes en entornos de 24 horas. Estos fondos ayudan a mejorar las capacidades de los proveedores para disminuir la posibilidad de que existan afecciones de salud conductual no tratadas.

El DPH-SAPC también reduce el nivel de afecciones de salud conductual no tratadas al contactar a las personas en su propio entorno a través de los siguientes programas, servicios, asociaciones o iniciativas vigentes:

- El equipo de servicios para SUD basados en el trabajo de campo operado directamente por el DPH-SAPC colabora con equipos de campo ya existentes para garantizar que los residentes del condado de Los Ángeles en situación de calle tengan acceso a servicios de SUD en entornos comunitarios o no tradicionales.
- Los programas de reducción de daños del DPH-SAPC suelen atender a personas que no tienen vinculación con el sistema de salud conductual del condado. Las campañas de concientización, educación y contra el estigma abordan las barreras de ingreso a la atención e incrementan el conocimiento sobre las opciones de tratamiento.
- El DPH-SAPC ofrece servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población (ASAM 3.3) en centros especializados destinados a quienes presentan deterioros cognitivos significativos, como lesiones cerebrales traumáticas, relacionados con su SUD o trastorno mental concurrente. El tratamiento se enfoca en la rehabilitación y la estabilización con énfasis en el desarrollo de habilidades para la vida diaria. La atención de estas necesidades específicas ayuda a disminuir la probabilidad de que las afecciones de salud conductual permanezcan sin tratamiento.
- El DPH-SAPC colabora con California Bridge, un programa estatal independiente que trabaja con los departamentos de urgencias hospitalarias para brindar acceso inmediato al tratamiento asistido por medicamentos (MAT) a cualquier persona que busque ayuda y proporcionar navegación de la atención para aumentar la probabilidad

de completar el tratamiento de seguimiento. Este programa se financia fuera del sistema de salud conductual del condado pero contribuye a abordar las afecciones de salud conductual no tratadas en las urgencias de los hospitales.

2. Las siguientes categorías de financiamiento son las que el condado utiliza para abordar la meta de las afecciones de salud conductual no tratadas:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Reasignación de 2011
- Participación Financiera Federal (SMHS, Drug Medi-Cal/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada Drug Medi-Cal (DMC/DMC-ODS))
- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Otros: Proyecto Piloto de Salud Conductual y el Programa de Navegación de Salud Conductual CalBridge (subvención de Respuesta Estatal a los Opioides, SOR, SAMHSA), Fondos del acuerdo de conciliación de opioides, Inversión Comunitaria Care First (CFCI), fondos del acuerdo de tabaco, subvención federal: CDC OD2A, EPSDT / Medi-Cal y el Fondo General del Condado

Metas estatales de salud conductual adicionales para la mejora

Revise la situación de su condado respecto a las ocho metas de salud conductual estatales restantes. Utilice los indicadores principales para comparar su condado con el estado y consulte los indicadores complementarios en el Cuaderno de Desempeño del Condado para obtener información adicional. Estos indicadores deben fundamentar la estrategia general e incorporarse, cuando resulte pertinente, en la planificación de las seis metas prioritarias.

En la próxima sección, el condado seleccionará AL MENOS una meta de la lista posterior en la cual su desempeño sea inferior a la tasa o el promedio estatal según los indicadores principales, con el fin de mejorarla como prioridad para el condado.

Experiencia de la atención

Experiencia de la atención: Indicadores principales

Puntaje del dominio de calidad y percepción de adecuación cultural (Encuesta de Percepción del Consumidor (CPS)), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?

- a. En el caso de adultos y adultos mayores: superior
- b. En el caso de niños y jóvenes: superior

Puntaje del dominio de calidad (Encuesta de Percepción del Tratamiento (TPS)), 2024

1. ¿Cómo se compara su condado con la tasa o el promedio estatal?

- a. En adultos y adultos mayores: N/A
- b. En niños y jóvenes: N/A

Vinculación escolar

Vinculación escolar: Indicadores principales

Estudiantes de 12.º grado que se graduaron de la escuela secundaria a tiempo (Kids Count), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
Inferior.

Vinculación escolar: Indicadores complementarios

Participación significativa en la escuela (Encuesta de Salud Escolar de California (CHKS)), 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
Inferior.

Tasa de ausentismo escolar crónico (Data Quest), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
Superior.

Vinculación laboral

Vinculación laboral: Indicadores principales

Tasa de desempleo (Departamento de Desarrollo del Empleo de California (CA EDD)), 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
Superior.

Vinculación laboral: Indicadores complementarios

Incapacidad para trabajar debido a problemas mentales (Encuesta de Entrevistas de Salud de California (CHIS)), 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
Inferior.

Sobredosis

Sobredosis: Indicadores principales

Muertes por sobredosis relacionadas con cualquier tipo de droga (Departamento de Salud Pública de California (CDPH)), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: inferior
 - b. En adultos y adultos mayores: N/A
 - c. En niños y jóvenes: N/A

Sobredosis: Indicadores complementarios

Visitas a urgencias por sobredosis relacionadas con cualquier tipo de droga (CDPH), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: inferior
 - b. En adultos y adultos mayores: N/A
 - c. En niños y jóvenes: N/A

Prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes

Prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes: Indicadores principales

Acceso de adultos a servicios preventivos y ambulatorios de salud y visitas de control para niños y adolescentes (DHCS), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. En adultos (específicamente en cuanto al acceso a servicios preventivos y ambulatorios): inferior

- b. En niños y jóvenes (específicamente en cuanto a las visitas de control): inferior

Prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes: Indicadores complementarios

Detección de diabetes en personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que utilizan medicamentos antipsicóticos y monitoreo metabólico en niños y adolescentes que consumen antipsicóticos: pruebas de glucosa en sangre y colesterol (DHCS), 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. En adultos y adultos mayores (específicamente en cuanto a la detección de diabetes en personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que utilizan medicamentos antipsicóticos): superior
 - b. En niños y jóvenes (específicamente en cuanto al monitoreo metabólico en niños y adolescentes que consumen antipsicóticos: pruebas de glucosa en sangre y colesterol): superior

Calidad de vida

Calidad de vida: Indicadores principales

Puntaje del dominio de percepción del funcionamiento (CPS), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: N/A
 - b. En adultos y adultos mayores: N/A
 - c. En niños y jóvenes: N/A

Calidad de vida: Indicadores complementarios

Días de mala salud mental reportados (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS)), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: superior

Conexión social

Conexión social: Indicadores principales

Puntaje del dominio de percepción de conexión social (CPS), 2024

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?
 - a. Para el total de la población evaluada: N/A
 - b. En adultos y adultos mayores: N/A
 - c. En niños y jóvenes: N/A

Conexión social: Indicadores complementarios

Relaciones de apoyo con adultos en la escuela (CHKS), 2023

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?

Suicidios

Suicidios: Indicadores principales

Muertes por suicidio, 2022

1. ¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?

- a. **Para el total de la población evaluada:** inferior

Suicidios: Indicadores complementarios

Visitas a urgencias por autolesiones no fatales, 2022

1. **¿Cómo se compara la situación de su condado con la tasa o el promedio estatal?**
 - a. **Para el total de la población evaluada:** inferior
 - b. **En adultos y adultos mayores:** N/A
 - c. **En niños y jóvenes:** N/A

Metas estatales de salud conductual poblacional seleccionadas por el condado

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección 3.E.6, Metas Estatales de Salud Conductual.

Según el desempeño de su condado o las inequidades detectadas, elija **al menos una meta adicional** para mejorar de forma prioritaria en la cual su condado presente un rendimiento inferior a la tasa o el promedio estatal en los indicadores principales. Para cada meta que el condado seleccione, proporcione la información que se solicita a continuación. [Menú desplegable de selección múltiple de las metas estatales para la mejora y reducción, con exclusión de las metas estatales prioritarias] [Lógica: completar las preguntas posteriores para cada meta que se seleccione]

1. **Meta n.º 1:** Vinculación escolar

a. **Describa por qué se seleccionó esta meta**

Existe una brecha mayor entre el desempeño del condado y el del estado en materia de vinculación escolar (1%) que en vinculación laboral (0.2%) y en prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes. El indicador principal para la vinculación escolar, es decir, las tasas de graduación del 12.º grado, tiene la amplitud necesaria para abarcar tanto a las poblaciones con trastornos de salud mental como de consumo de sustancias (SUD). La vinculación escolar se dirige específicamente a niños y adolescentes que son elegibles para la BHSA y representan poblaciones prioritarias. El DMH y el SAPC mantienen asociaciones sólidas con los sistemas escolares y los programas de prevención para atender a estos grupos.

b. **¿Qué disparidades identificó entre los grupos demográficos o las poblaciones prioritarias en relación con las metas adicionales de salud conductual a nivel estatal? Para cualquier disparidad observada, proporcione un resumen escrito de sus hallazgos; incluya los indicadores y los grupos de población que experimentan disparidades, así como una descripción de los datos que sustentaron su análisis.**

El **Indicador 1** registra el porcentaje de estudiantes de 12.º grado que se graduaron de la escuela secundaria a tiempo, según los datos del Departamento de Educación de California (enero de 2024). A nivel estatal, las tasas de graduación puntual aumentaron del 80% en 2013 al 87% en 2022, lo cual refleja una tendencia ascendente constante a pesar de ligeras fluctuaciones anuales. Las tasas de graduación en el condado siguieron un patrón similar, ya que subieron del 77% en 2013 al 86% en 2022. Si bien el condado se mantuvo siempre por debajo del nivel estatal por un margen estrecho durante dicho período, la brecha se redujo con el tiempo, especialmente hacia el año 2022. El estado no reportó datos para los años 2015 y 2021, lo que limita las comparaciones anuales en esos lapsos.

El **Indicador 2** analiza las tasas de graduación puntual de la escuela secundaria para estudiantes de 12.º grado en el condado de Los Ángeles por raza y etnia, con base en los datos del Departamento de Educación de California (enero de 2024). En todos los grupos étnicos y raciales, las tasas de graduación aumentaron entre 2019 y 2022, lo que indica un progreso general. Los estudiantes asiáticos mostraron de manera constante las tasas más altas de graduación puntual, las cuales pasaron del 91% en 2019 al 92% en 2022. Los estudiantes blancos también presentaron resultados sólidos, con un incremento del 86% en 2019 al 90% en 2022. Por su parte, los estudiantes latinos experimentaron una mejora constante, con tasas que subieron del 81% en 2019 al 85% en 2022. En cuanto a los

estudiantes de color, la tasa de graduación aumentó del 76% en 2019 al 79% en 2022; aunque esto refleja un avance, la cifra sigue siendo inferior a la de otros grupos. Los estudiantes clasificados en la categoría "Otros" también registraron mejoras, con un ascenso del 72% en 2019 al 82% en 2022.

El Indicador 3 examina la tasa de ausentismo escolar crónico en las escuelas públicas de kínder a 12.º grado en 2022. Los datos muestran que la tasa de ausentismo crónico del condado fue del 22.0%, cifra que supera el promedio estatal del 20.4%.

El Indicador 4 presenta las tasas de ausentismo escolar crónico en el condado de Los Ángeles para el año académico 2023-2024, desglosadas por raza y etnia. Existen disparidades evidentes entre los distintos grupos de estudiantes. En California, la inscripción elegible para el ausentismo crónico incluye a alumnos inscritos durante al menos 31 días lectivos en el año escolar; se clasifica a un estudiante en esta categoría si falta al 10% o más de los días de clase previstos. Los estudiantes afroamericanos registraron la tasa de ausentismo crónico más alta con un 33.9%, seguidos de cerca por los estudiantes de las islas del Pacífico con un 31.9% y los estudiantes indígenas estadounidenses o nativos de Alaska con un 29.8%. Los estudiantes hispanos o latinos también presentaron niveles elevados de ausentismo, pues casi uno de cada cuatro (24.6%) se identificó bajo esta condición. En contraste, los estudiantes asiáticos tuvieron la tasa más baja con un 6.4%, seguidos por los estudiantes filipinos con un 9.4%. Los alumnos blancos y aquellos que se identifican con dos o más razas mostraron tasas similares, de un 15.7% y 15.8% respectivamente. Los estudiantes cuya raza o etnia no se reportó tuvieron una tasa de ausentismo crónico del 22.3%.

El Indicador 4, Participación significativa en la escuela, se basa en la Encuesta de Salud Escolar de California (2023) para los 7.º, 9.º y 11.º grados y entornos no tradicionales. Este refleja el porcentaje promedio en el condado de Los Ángeles de estudiantes que marcaron las opciones "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo" respecto a si experimentan una participación significativa en su institución. Los datos revelan una clara tendencia a la baja en todos los niveles de grado a lo largo del tiempo. Entre los alumnos de 7.º grado, el reporte de participación significativa disminuyó del 41% en el período 2013-2015 al 25% en 2021-2023. Se observan patrones similares en los alumnos de 9.º y 11.º grado, cuyas respuestas positivas descendieron del 35% al 22 % y del 36% al 24%, respectivamente, durante el mismo lapso. Los estudiantes en entornos escolares no tradicionales reportaron de manera constante los niveles más bajos de participación significativa, con una caída del 28% en 2013-2015 al 22% en 2021-2023. Aunque los descensos más pronunciados ocurrieron entre los bienios 2015-2017 y 2017-2019, las cifras más recientes indican niveles persistentemente bajos de percepción de participación en todos los grupos.

El Indicador 5 analiza la participación significativa en la escuela mediante los datos de la Encuesta de Salud Escolar de California de 2021-2023. En este se muestra el porcentaje promedio del condado de Los Ángeles de estudiantes que respondieron "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo", con un desglose por orientación sexual y nivel de grado. En la mayoría de los niveles, los estudiantes que se identificaron como heterosexuales reportaron niveles más altos de participación significativa en comparación con los alumnos gays, lesbianas, bisexuales o no heterosexuales, así como aquellos que no estaban seguros de su orientación sexual. Entre los estudiantes de 7.º grado, el 26% de los alumnos heterosexuales manifestó tener una participación significativa, frente al 20 % de los estudiantes no heterosexuales y el 22% de quienes no estaban seguros. Se

observan patrones similares en el 9.º grado, donde el 23% de los estudiantes heterosexuales reportó una participación significativa, en comparación con el 19% de los alumnos no heterosexuales y el 21% de los que manifestaron dudas sobre su orientación.

En el 11.º grado, el reporte de participación disminuyó en todos los grupos: tanto los estudiantes heterosexuales como los no heterosexuales registraron un 25%, mientras que los alumnos que no estaban seguros reportaron niveles más bajos, situándose en un 19%. En los entornos escolares no tradicionales, la tendencia varió ligeramente, ya que los estudiantes que no estaban seguros de su orientación sexual reportaron el nivel más alto de participación significativa con un 28%, frente al 22% de los no heterosexuales y el 21% de los heterosexuales.

El **Indicador 6** analiza la participación significativa en la escuela mediante los datos de la Encuesta de Salud Escolar de California (2021–2023). Este refleja el porcentaje promedio del condado de Los Ángeles de estudiantes que marcaron las opciones "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo", con un desglose por raza o etnia y nivel de grado. Los datos revelan variaciones notables entre los grupos étnicos y raciales, así como diferencias según el grado escolar. En términos generales, los niveles reportados de participación significativa tienden a ser más altos en los 7.º y 11.º grados, y más bajos en el 9.º grado en la mayoría de los grupos.

Los estudiantes indígenas estadounidenses y de las islas del Pacífico presentaron algunas de las variaciones más amplias. Los alumnos indígenas mostraron niveles de participación relativamente altos en los 7.º y 11.º grados (del 33% al 34%), pero niveles sustancialmente inferiores en el 9.º grado (14%). Por su parte, los estudiantes de las islas del Pacífico reportaron la participación más alta entre los alumnos de 11.º grado, con un 38%, mientras que en el 9.º grado la cifra fue marcadamente menor, situándose en un 12%. Los estudiantes asiáticos también registraron descensos en el 9.º grado, donde la participación cayó del 29% en el 7.º grado al 22 % en el 9.º grado, para luego aumentar nuevamente en el 11.º grado y en los entornos no tradicionales. Los estudiantes latinos reportaron de manera constante niveles de participación significativa más bajos en comparación con otros grupos, con rangos que oscilan entre el 20% y el 23% en los distintos niveles de grado. Los estudiantes afroamericanos mostraron niveles moderados de participación, con tasas de entre el 23% y el 27%, mientras que los estudiantes blancos mantuvieron una participación relativamente estable en todos los grados, con un rango del 24% al 29%. Los estudiantes que se identificaron como de origen étnico mixto o de otra etnia informaron, por lo general, niveles de participación situados en el rango de entre el 20% y el 29%, con ciertas variaciones según el grado.

PERSPECTIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Factores que impulsan las disparidades: las partes interesadas identificaron diversos factores que propician las disparidades en la asistencia y la vinculación escolar. Los desafíos socioeconómicos, entre ellos la pobreza, la inseguridad alimentaria, las barreras de transporte y la falta de vivienda, se señalaron como los principales obstáculos que limitan la capacidad de los estudiantes para asistir a clases de forma constante y mantener su compromiso académico. El trauma ambiental también desempeña un papel fundamental, ya que la exposición a la violencia, la inestabilidad de la vivienda y la ausencia de evaluaciones rutinarias de detección de traumas contribuyen a la desvinculación, particularmente entre la juventud afroamericana. Las preocupaciones por la seguridad se identificaron como

otro factor crítico, con riesgos vinculados a los traslados, tiroteos escolares y la falta de seguridad psicológica que desalientan la asistencia regular. Además, las partes interesadas destacaron el racismo sistémico dentro de los entornos educativos, lo que incluye el racismo contra la población de color, los planes de estudio con sesgos y la escasa representación racial y cultural entre los educadores; factores que perpetúan las inequidades y socavan el sentido de pertenencia de los alumnos. Por último, se mencionaron las limitaciones de los datos (como la recopilación incompleta, aislada o inconsistente) como barreras para identificar las disparidades con exactitud y realizar un seguimiento de la vinculación estudiantil a lo largo del tiempo.

Soluciones integrales: para abordar estas disparidades, las partes interesadas propusieron un conjunto de soluciones integradas centradas en la seguridad, la receptividad cultural y la coordinación entre los distintos sistemas. Un punto central de estas recomendaciones es la creación de entornos de aprendizaje seguros y motivadores que sean culturalmente receptivos y consideren el impacto del trauma, vinculando además el aprendizaje académico con las experiencias de vida y las oportunidades futuras de los estudiantes. Las partes interesadas también enfatizaron la importancia de la colaboración entre los sistemas de educación, salud, vivienda, justicia y servicios sociales para atender las necesidades de los alumnos de manera holística y reducir las barreras de participación. Asimismo, recomendaron potenciar las Prácticas con Evidencia Definida por la Comunidad (CDEP), las cuales están validadas y son culturalmente receptivas, particularmente para abordar el trauma y las necesidades de salud conductual entre los jóvenes afroamericanos. La ampliación del acceso a apoyos focalizados también se identificó como una prioridad, lo que incluye recursos para estudiantes en situación de calle, escuelas de recuperación y rutas alternativas para la graduación. El fortalecimiento de los sistemas de datos se resaltó como un elemento esencial para avanzar hacia la equidad, con llamados a una recopilación de información inclusiva en todo el condado que abarque todos los tipos de escuelas, las identidades de los alumnos y los factores de riesgo pertinentes. Finalmente, las partes interesadas subrayaron la necesidad de reducir el estigma y promover la intervención temprana mediante la inversión en programas de prevención, apoyos de salud mental y asociaciones comunitarias sostenibles para mantener a los estudiantes vinculados con la escuela.

- c. **Describa qué programas, servicios, asociaciones o iniciativas planea el condado fortalecer o implementar a partir del 1 de julio de 2026 para mejorar el nivel de vinculación escolar en su condado, y haga referencia a cualquier dato utilizado para tomar esta decisión.**

DMH

El DMH trabaja para aumentar la vinculación escolar mediante los siguientes programas:

- Equipos de Crisis (Equipo de Respuesta a la Evaluación de Amenazas Escolares, START): provee servicios a niños y jóvenes en las escuelas para asegurar que reciban los apoyos necesarios. Además, les facilita el acceso a recursos adicionales del sistema escolar para que participen plenamente en las actividades educativas.
- DYD - Mensajeros Creíbles: este programa consiste en tutorías impartidas por pares jóvenes para ampliar el acceso a recursos y servicios destinados a jóvenes de color que se ven afectados negativamente y de manera

desproporcionada por los sistemas y servicios tradicionales.

- First 5 - Visitas Domiciliarias: Healthy Families America (HFA) y Parents as Teachers (PAT) son programas nacionales de visitas domiciliarias basados en evidencia y respaldados por investigaciones que recopilan información familiar para adaptar los servicios a todo el grupo familiar.
- DCFS - Prevención y Cuidado Posterior: diez agencias comunitarias líderes que prestan una variedad de servicios a la comunidad para empoderar, defender, educar y conectar a las personas. Estos servicios refuerzan los factores de protección al brindar apoyo y comunidad para mitigar los efectos adversos de las experiencias infantiles traumáticas (ACE, por sus siglas en inglés) y los determinantes sociales de la salud.
- Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad de Antelope Valley: estos centros tienen como objetivo rediseñar la prestación de servicios, crear trayectorias profesionales y reducir el estigma, al tiempo que disminuyen los factores de riesgo, mejoran los factores de protección y adoptan a los niños, las familias y las comunidades como agentes de cambio.
- CFRC (Distritos de Supervisión 1 a 5): los Centros de Recursos para la Familia y la Comunidad (CFRC) están diseñados para crear un espacio coordinado, gestionado e impulsado por la comunidad, donde las familias y los individuos puedan acceder fácilmente a los servicios necesarios para mejorar su bienestar.
- Friends of the Children (FOTC): el objetivo de FOTC es prevenir el ingreso al sistema de cuidado de crianza y mejorar la estabilidad y el bienestar de aquellas familias identificadas por el DCFS con el mayor riesgo de ser separadas.
- Promotores: el Programa de Promotores Unidos de Salud Mental tiene como objetivo reducir el estigma relacionado con la salud mental en todo el condado de Los Ángeles, particularmente en grupos culturales y lingüísticos marginados. Los promotores de salud mental interactúan con los miembros de la comunidad y los vinculan con el Departamento de Salud Mental y otros recursos mediante métodos con sensibilidad cultural.
- Socios Comunitarios - Promotores Unidos de Salud Mental (contratados): un esfuerzo de alcance y empoderamiento comunitario que atiende al condado de Los Ángeles brindando servicios de prevención en salud mental (por ejemplo, vinculación, alcance y capacitación). Se enfoca en fortalecer nuestras comunidades y crear trayectorias profesionales para sus integrantes.
- SEED LA: la Escuela SEED de Los Ángeles (SEED LA) es la primera escuela secundaria pública autónoma del condado, gratuita y con internado, diseñada para jóvenes en situación de riesgo y con el objetivo de prepararlos para la universidad. El plan de estudios, basado en ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM), preparará a los jóvenes para carreras universitarias y profesionales en la industria del transporte y la infraestructura. La escuela brindará apoyo en el lugar, servicios de bienestar y asesoramiento socioemocional para los estudiantes.
- Asociación Público-Público para el Bienestar de UCLA: la Universidad de California ofrece actividades de capacitación y educación en consonancia con la BHSA para el personal del DMH, pasantes, familiares y pares. Esta iniciativa refuerza la capacidad del DMH para prestar servicios a las poblaciones marginadas del condado de Los Ángeles.

- Salud mental desde el nacimiento hasta los cinco años: el Equipo de Cero a Cinco brinda apoyo para el desarrollo de capacidades, lo que incluye talleres, asistencia técnica y consultoría reflexiva para ayudar a los médicos a atender eficazmente a los niños pequeños y sus familias. Estos apoyos amplían el acceso a una atención temprana centrada en las relaciones y fortalecen la capacidad de los médicos para identificar necesidades de desarrollo y de salud conductual, vinculando a las familias con los recursos adecuados. Al abordar las inquietudes de manera temprana y fortalecer los vínculos entre el cuidador y el niño, el equipo de Birth-to-5 ayuda a prevenir que la situación se agrave y derive en respuestas impulsadas por crisis, tales como la necesidad de mayores niveles de atención o el involucramiento futuro con el sistema de justicia o el DCFS. Esta intervención temprana estabiliza a las familias, ayuda a que los niños permanezcan seguros en sus hogares y fomenta una mayor participación en entornos escolares y de aprendizaje temprano.
- Salud Mental Perinatal de los Padres: el Programa de Salud Mental Perinatal de los Padres (PPMH) es una iniciativa de apoyo clínico multinivel de alcance condal, diseñada para fortalecer la atención de salud mental perinatal en las clínicas operadas directamente. El programa ofrece capacitación integral, asesoramiento continuo, supervisión reflexiva y asistencia técnica para garantizar una implementación de alta calidad. La oferta del PPMH incluye cursos web básicos y avanzados, intervenciones basadas en evidencia, capacitaciones especializadas para apoyar a las familias durante el período perinatal, llamadas de consulta mensuales y una vía de certificación para desarrollar pericia y sostenibilidad a largo plazo en la atención de la salud mental perinatal.
- Academia de Capacitación para Padres Compañeros: la capacitación para padres compañeros mejora las habilidades de los especialistas de apoyo entre pares (PSS) que trabajan con los padres y cuidadores de los niños que reciben servicios. Una mejor formación de los PSS optimiza la capacidad de los padres y cuidadores para acceder a los programas, recursos y apoyos adicionales necesarios, lo que reduce el riesgo de que el niño sea separado del hogar, así como su posible involucramiento en el sistema de justicia o su institucionalización. Los PSS reciben una mejor preparación para ayudar a las familias a acceder a programas de tratamiento para afecciones de salud conductual no atendidas, como el Centro Regional, y para fomentar la participación escolar.
- Prevención, Intervención y Posvención del Suicidio: socios en la Prevención del Suicidio (PSP) es un programa enfocado en la prevención, intervención y posvención del suicidio en diversas comunidades y sistemas de servicios. El programa refuerza la concientización, la identificación temprana del riesgo de suicidio y la creación de vínculos y derivaciones. Asimismo, el PSP respalda esfuerzos de posvención eficaces para promover la sanación, reducir el estigma y prevenir riesgos futuros de suicidio mediante talleres educativos, recursos y asociaciones.
- Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo Concurrentes: las personas con desafíos de salud mental y discapacidades intelectuales o del desarrollo concurrentes (MH/IDD) son excepcionalmente vulnerables a la fragmentación de los sistemas, los diagnósticos tardíos y el acceso limitado a una atención coordinada. Todo esto aumenta el riesgo de recibir terapias inadecuadas, lo cual equivale a no tratar sus afecciones de salud conductual y contribuye al desarrollo de enfermedades mentales graves (SMI). Como un nodo proactivo

de la red, el Programa CO-IDD trabaja para derribar las barreras abordadas por los siete indicadores: facilitar el acceso adecuado a la atención y promover un Continuo de Atención integral para prevenir o reducir la situación de calle, la institucionalización, el involucramiento en el sistema de justicia, la separación de los niños de sus hogares y mejorar la participación en las escuelas. Brindar apoyo temprano a las personas y a sus cuidadores reduce los episodios de crisis, mejora los resultados y eleva la calidad de vida tanto de los individuos como de sus familias.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA-SAPC

El DPH-SAPC trabaja para mejorar la vinculación escolar a través de los siguientes programas, servicios, asociaciones e iniciativas orientados a la juventud:

- Los contratistas del DPH-SAPC ofrecen servicios de tratamiento en el terreno en 76 planteles escolares para ayudar a garantizar que se satisfagan las necesidades de los alumnos y que estos permanezcan vinculados con la escuela. Además, el DPH-SAPC opera directamente 43 Centros de Bienestar Estudiantil en escuelas secundarias. Estos son entornos seguros y accesibles donde los estudiantes pueden recibir orientación, recursos y educación sobre el consumo de sustancias y otros temas sociales y de salud relacionados, con el fin de fomentar su bienestar físico, emocional y social, y reducir el consumo de sustancias. Brindar recursos en las sedes escolares mejora el acceso y facilita la vinculación escolar.
- El DPH-SAPC financia el programa Our SPOT (Espacios Sociales y Oportunidades para Adolescentes) del condado de Los Ángeles. Se trata de un programa gratuito para adolescentes que se ofrece después del horario escolar en los parques del condado y brinda a jóvenes de entre 12 y 18 años un espacio seguro y estructurado para generar comunidad, desarrollar habilidades para la vida y explorar el liderazgo, el bienestar y las trayectorias profesionales mediante programación diaria, excursiones y eventos especiales. Los participantes pueden acceder a recursos y oportunidades que reducen los factores de riesgo y refuerzan los factores de protección frente a los trastornos por consumo de sustancias (SUD), al tiempo que se fomenta la vinculación continua con la escuela.
- El Equipo de Participación Comunitaria del DPH-SAPC ofrece espacios a los que cualquier persona puede acudir para obtener información y recursos sobre cómo prevenir el consumo de alcohol y sustancias, y saber a dónde dirigirse para recibir servicios. El acceso a recursos de prevención protege a la juventud del consumo de sustancias y promueve la vinculación escolar.
- El DPH-SAPC colabora con organizaciones de base comunitaria (CBO) para ofrecer Programas de Educación Preventiva destinados a la promoción de la salud y servicios educativos sobre el consumo de sustancias en entornos comunitarios (por ejemplo, escuelas o centros religiosos). Estos programas refuerzan los sistemas de apoyo positivo y las conexiones comunitarias, lo cual favorece una mayor vinculación escolar.
- El DPH-SAPC financia Friday Night Live, un programa de asociación entre jóvenes y adultos centrado en el desarrollo juvenil positivo y saludable, que genera oportunidades de participación en temas vinculados al consumo de sustancias. Ambos aspectos contribuyen a aumentar la vinculación escolar.

d. Las siguientes categorías de financiamiento son las que el condado utiliza para abordar la meta de vinculación escolar:

- Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS) de BHSA
- Participación Financiera Federal (SMHS, Drug Medi-Cal/Sistema de Prestación de Salud Conductual Organizada Drug Medi-Cal (DMC/DMC-ODS))
- Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)
- Otros: Fondos del acuerdo de conciliación de opioides y EPSDT / Medi-Cal

Proceso de planificación comunitaria

Participación de las partes interesadas

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección 3.B.1, Participación de las partes interesadas.

1. Tipo y fecha de participación de las partes interesadas

Tipo de participación de las partes interesadas	Fecha(s) de participación
Debates de grupos focales	1/14/2025, 2/11/2025, 2/28/2025, 4/8/2025, 4/25/2025, 5/13/2025, 7/25/2025, 8/29/2025, 10/14/2025, 10/17/2025, 10/31/2025, 11/18/2025
Entrevistas con informantes clave y expertos en la materia	7/8/2025, 7/25/2025, 10/28/2025, 10/31/2025
Envío de comentarios mediante correo electrónico público	1/14/2025, 1/31/2025, 2/11/2025, 2/28/2025, 3/11/2025, 3/28/2025, 4/8/2025, 4/25/2025, 5/13/2025, 5/30/2025, 6/10/2025, 6/27/2025, 7/8/2025, 7/25/2025, 9/9/2025, 9/26/2025, 9/29/2025, 10/14/2025, 10/17/2025, 10/31/2025, 11/14/2025, 11/18/2025, 11/19/2025, 12/9/2025
Participación en encuestas	1/14/2025, 1/31/2025, 3/11/2025, 4/25/2025, 7/25/2025, 8/29/2025, 9/9/2025, 9/29/2025, 10/14/2025, 10/17/2025, 10/28/2025, 10/31/2025, 11/14/2025, 11/18/2025, 11/19/2025, 12/9/2025
Capacitación, educación y divulgación relacionadas con la planificación comunitaria	1/14/2025, 1/31/2025, 2/11/2025, 2/28/2025, 3/11/2025, 3/28/2025, 4/8/2025, 4/25/2025, 4/25, 5/13/2025, 5/30/2025, 6/10/2025, 6/27/2025, 7/8/2025, 7/25/2025, 8/29/2025, 9/9/2025, 9/29/2025, 10/14/2025, 10/17/2025, 10/28/2025, 10/31/2025, 11/14/2025, 11/18/2025, 11/19/2025, 12/9/2025
Grupos de trabajo y reuniones de comités	6/10/2025, 7/8/2025, 7/25/2025, 8/29/2025, 9/9/2025, 9/29/2025, 10/14/2025, 11/19/2025, 12/9/2025

2. A continuación se presenta la lista de las organizaciones interesadas que participaron en el proceso de planificación:

Organizaciones interesadas	
• Centro comunitario Avalon Carver • Servicios para familias y niños Aviva • Médicos asociados Barbour y Floyd • Centro de Salud Comunitario Bartz-Altadonna • Servicios para Jóvenes y Familias Bayfront • Servicios para Jóvenes y Familias Bayfront • Junta Asesora de Rehabilitación de Salud Conductual • Comisión de Salud Conductual (Comisionado del Distrito 5) • Behavioral Health Services, Inc. (BHS) • Rehabilitación de BHSA	• Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles • Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles (DHS) • Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (LACDMH) • Unidad de Mejora de la Calidad del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • Servicios Ambulatorios del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • Departamento de Asuntos Militares y Veteranos del Condado de Los Ángeles

Organizaciones interesadas

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Reducción de Daños Bienestar (Este de Los Ángeles) • Servicios Humanos de Bienestar • Clubes de Niños y Niñas de Carson • Clubes de Niños y Niñas del LAUSD • Centro de Tratamiento para la Superación de Estigmas • Bridges Inc • Bridges, Inc. (Servicios de Tratamiento Comunitario) • CA Bridge (Iniciativa de medicina de urgencias para tratar la adicción a los opioides) • Proveedores de medicina de urgencias de CA Bridge y el hospital Olive View-UCLA • Asociación de Ejecutivos de Programas contra el Alcoholismo y la Drogadicción de California (CAADPE) • Proyecto para la Salud de las Mujeres Afrodescendientes de California (CAWHP) • Proveedores de Mantenimiento de Opioides de California (COMP) • Universidad Estatal de California en Long Beach • Universidad Estatal de California en Los Ángeles • Campro • Centro de Servicios Integrales para la Salud y la Familia (CIFHS) • CFGC • Centro de Atención para el Niño y la Familia • Centro de Recursos para el Cuidado Infantil • Salud Conductual Comunitaria del Hospital Infantil de Los Ángeles • Hospital Infantil de Los Ángeles (CHLA) • Children's Institute, Inc. • Centro de Servicios de Chinatown • Ciudad de Glendale • Ciudad de Lancaster • Ciudad de Long Beach • Departamento de Salud Mental de la ciudad de Long Beach • Ciudad de Los Ángeles • Ciudad de Pasadena • Ciudad de Santa Clarita • Ciudad de Santa Mónica • Universidad de Posgrado Claremont • Clarvida • Entrenador Afi G • Coalición para el Desarrollo Comunitario Responsable • Asociación de Clínicas Comunitarias del Condado de Los Ángeles (CCALAC) • Centro de Orientación Familiar y Comunitaria (CFGC) • Clínica de Salud Mental Familiar de Compton • CRI-Help • CTC AV y el Proyecto WOW Flower • Instituto Dangerfield para Problemáticas Urbanas (DIUP) • Day One • Servicios de Salud Mental Didi Hirsch • Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad en California • DMH-SBCAP • Exodus Recovery Inc. • Consejo de Defensa de Organizaciones Religiosas • Familias que Unen Familias • First 5 LA • Servicios de Recuperación Fred Brown • Friends of the Children • Futuro Health • Club de Niñas de Los Ángeles | <ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles • Departamento de Desarrollo Juvenil del Condado de Los Ángeles • PAC del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • Departamento de Bomberos del Condado de Los Ángeles • Departamento de Justicia, Atención y Oportunidades (JCOD) del Condado de Los Ángeles • Biblioteca del Condado de Los Ángeles • Biblioteca Woodcrest de la Biblioteca del Condado de Los Ángeles • Oficina de Protección Infantil (OCP) del Condado de Los Ángeles • Oficina de Educación del Condado de Los Ángeles (LACOE) • Oficina del Defensor Público del Condado de Los Ángeles • Departamento de Parques y Recreación del Condado de Los Ángeles • Departamento de Libertad Condicional del Condado de Los Ángeles • Defensoría Pública del Condado de Los Ángeles • Departamento de Salud Mental de Los Ángeles • Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles (LAHSA) • Centro LGBT de Los Ángeles • Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles • Los Angeles Valley College • Maryvale • Meals on Wheels West • Measure of America • Servicios de Defensa de la Salud Mental • Salud Mental América de Los Ángeles (MHALA) • Conexión de Salud Mental (Mental Health Hook Up) • Mind-1-1 • Molina Healthcare • Casa del Legado Morris-Young • NAMI • NAMI del Gran Condado de Los Ángeles • NAMI South Bay • NAMI Westside Los Ángeles • Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales • Servicios para Niños Nuevo Amanecer Latino • Servicios de Apoyo Olive • Centro Médico Olive View-UCLA y médicos de urgencias • Servicios de Asesoramiento de Asia y el Pacífico (PACS) • Centro Familiar de Asia y el Pacífico de Pacific Clinics • Para Los Niños • Padres Anónimos • Centro de Igualdad PARS • Patentes Anónimos • Recuperación Pax House (Pasadena) y El Sueño de un Niño (Altadena) • Servicios Familiares PCS • Peacemakers, Inc • Programa de Autodefensa de Pares en Disability Rights California • Phoenix House de Los Ángeles • Planned Parenthood de Los Ángeles (PPLA) • Salud Conductual Precise • Servicios de Asesoramiento del Grupo Proccultural • Project Impact USA • Red de Apoyo entre Pares Project Return • Providence (Sur de California) • Defensoría Pública • Pueblo Y Salud • Reality Center • Raíces hacia la Recuperación • Centro Indígena de Bienestar Sacred Path • SALT 6 • Asociación del Valle de San Fernando (SFVP) • Centro Regional San Gabriel Pomona |
|---|--|

Organizaciones interesadas

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Iglesia Metodista Unida Grace • Fundación Grandview • HAI • Hogar Hamburger • Centro de Arte con Enfoque en Sanación • Salud en Acción • Asesoramiento Juvenil Helpline • Asesoramiento Juvenil Helpline (HYC) • HMG LA • Atención Médica para Personas sin Hogar de Los Ángeles (HHCLA) • Instituto de Servicios Educativos y Asesoría Multicultural (IMCES) • Asesoría de Vida para el Desarrollo Interior • Comité Internacional de Rescate (IRC) • Fundación Safe At Home de Joe Torre • Just Whole Care • Kaiser Permanente del Sur de California • Centro Comunitario y Juvenil de Koreatown • L.A. CADA: Centros de Abuso de Alcohol y Drogas de Los Ángeles • Plan de Salud L.A. Care • UsCC ARISE del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • Equipo de Ajuste de Vida (Programas Ambulatorios Intensivos LAT) • Centros de Abuso de Alcohol y Drogas de Los Ángeles (LA CADA) • Administración de PEI del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles y UCLA • Administración de la SPA 1 y Enlace de SALT 1 del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles • DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL del Condado de Los Ángeles • UsCC API del Condado de Los Ángeles • Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles • Rama de Gestión de Operaciones y Presupuesto de la Oficina del Director Ejecutivo del Condado de Los Ángeles • Oficina del Director Ejecutivo (CEO) del Condado de Los Ángeles • Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS) del Condado de Los Ángeles • Departamento de Educación del Condado de Los Ángeles | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Salud y Rehabilitación del Sur de California (SCHARP) • Búsqueda para Involucrar a los Estadounidenses Filipinos (SIPA) • Intercambio de Autoayuda y Recuperación (SHARE) • SHIELDS para Familias • Sistah Friends • Sistemas de recuperación de modelo social • Ministerios de Enriquecimiento del Alma • Centro de Salud Infantil de South Bay (SBCHC) • Donantes del Sur de California • Servicio Especial para Grupos (SSG) • SRD Straightening Reins • Centros de Tratamiento y Asesoramiento de Asia y el Pacífico (APCTC) de SSG • SSG (Servicio Especial para Grupos) SILVER • Sistema de Atención Integrada del Programa de Alcance para Personas sin Hogar (SSG HOPICS) • Salud Comunitaria St. John's • Servicios Comunitarios Star View • Grupo de Salud Conductual Stars • Step Up • Step Up on Second • Straightening Reins • Alianza de Vivienda de Apoyo (Condado de Los Ángeles) • Sycamores • Centro de Tratamiento Tarzana • TCMHA • Fundación Safe At Home de Joe Torre • The People Concern • The Sidewalk Project • Servicios Familiares The Village • Proyecto The Wall Las Memorias • The Whole Child • Centro Cultural y Librería Tia Chucha's • Transform Health • Autoridad de Salud Mental Tri-City • UCLA Health: Salud Conductual de la Población • Clínica Comunitaria UMMA • División Chan de Ciencia y Terapia Ocupacional de la Universidad del Sur de California • Club de Niños y Niñas Variety • Wellnest: Salud Emocional y Bienestar • Red para la Infancia y la Familia del Westside (WIN) • Fundación para el Desarrollo Wherewithal • Wolf Connection • Fundación You Star • Comisión Juvenil • Orientación Juvenil: BAM Los Ángeles • Jóvenes con un Propósito • YWCA del Valle de San Gabriel |
|--|--|

a. **En el caso de los condados con una población superior a los 200,000 habitantes, estas son las cinco ciudades más pobladas:**

- Los Ángeles
- Long Beach
- Santa Clarita
- Glendale
- Lancaster

3. **¿Logró involucrar a todas las partes interesadas y grupos obligatorios en el proceso de planificación? Sí**

4. **Describe y adjunte documentación (como actas de reuniones) que respalde la manera en que se incorporaron los diversos puntos de vista de los**

interesados en la elaboración del Plan Integrado, incluyendo las fortalezas, necesidades y prioridades identificadas por la comunidad.

El proceso de planificación comunitaria (CPP) de la Ley de Servicios de Salud Conductual del Condado de Los Ángeles se llevó a cabo mediante un enfoque estructurado de cuatro fases. Este diseño se enfocó en fomentar una participación inclusiva y un entendimiento compartido, con especial énfasis en la transparencia, la accesibilidad y la intervención constante de la comunidad para que las prioridades locales coincidan con los objetivos estatales de salud conductual.

Fase 1: sentar las bases (enero a marzo de 2025). Esta etapa se centró en establecer las estructuras, relaciones y marcos de trabajo compartidos que resultan esenciales para fomentar una participación comunitaria significativa. Los participantes colaboraron para definir qué se entiende por salud conductual y qué implica un sistema integrado de salud conductual. Asimismo, se hizo hincapié en forjar una identidad colectiva mediante la identificación de valores comunes, experiencias de vida y las diferencias que debían respetarse a lo largo de todo el proceso. Se terminaron de definir los marcos de gobernanza (lo que incluye las funciones del Equipo de Planificación Comunitaria (CPT) y los acuerdos de colaboración) y se pusieron en marcha las iniciativas de reclutamiento para sumar a 160 integrantes al CPT, garantizando la representación de todos los grupos de interesados que exige el estado, así como la diversidad social y cultural del condado. Esta fase culminó a finales de marzo con una sesión formal de lanzamiento e inducción.

Fase 2: aportes de las partes interesadas (abril a agosto de 2025). El eje central fue recopilar una amplia gama de opiniones de los interesados sobre todo el Continuo de Atención de salud conductual y los objetivos estatales en la materia. Durante abril y mayo, los participantes definieron y analizaron el Continuo de Atención de salud conductual a nivel local, e identificaron necesidades desatendidas y brechas en la prestación de servicios, desde la prevención primaria y la intervención temprana hasta los servicios ambulatorios e intensivos y las intervenciones en materia de vivienda. De junio a agosto, el proceso se orientó hacia las metas estatales de salud conductual; en este período, se prepararon datos sobre disparidades y se coordinaron debates acerca de las desigualdades en el acceso a la atención, la situación de calle, el contacto con el sistema judicial, la institucionalización, la separación de menores de sus hogares, las necesidades de salud conductual sin tratar y la vinculación escolar. Las partes interesadas señalaron los factores que generan estas disparidades y propusieron soluciones integrales. Sus aportes se documentaron y se entregaron a expertos en la materia de ambos departamentos para que prepararan las presentaciones de los programas durante la Fase 3.

Fase 3: comentarios de las partes interesadas (septiembre a diciembre de 2025). En esta etapa se priorizaron la transparencia y la rendición de cuentas al presentar los programas propuestos (tanto los financiados por la BHSA como los que cuentan con otros fondos), responder a las dudas planteadas en la Fase 2 y recabar opiniones de manera estructurada. Se realizaron sesiones quincenales para revisar los programas, las cuales se complementaron con foros adicionales sobre prevención en salud conductual, intervenciones de vivienda y grupos de discusión enfocados en la vinculación juvenil. Además, se presentaron actualizaciones periódicas ante la Comisión de Salud Conductual para garantizar la coherencia y la debida supervisión. En total, estas sesiones contaron con la participación de representantes de más de 225 organizaciones y oficinas departamentales.

Fase 4: cierre y preparativos para la implementación (enero a junio de 2026). Esta etapa se centrará en la aprobación formal del Plan Integrado de la BHSA y en asegurar que todo esté listo para su ejecución. La fase incluye un foro sobre el Plan Integrado dirigido a los miembros del Equipo de Planificación Comunitaria (CPT). Posteriormente, en marzo, el plan se publicará durante un período de 30 días, seguido de una audiencia pública en abril y la aprobación definitiva por parte de la Junta de Supervisores en mayo. Durante estos seis meses también se llevarán a cabo sesiones de fortalecimiento de capacidades con el fin de preparar la transición del CPT hacia la supervisión de la puesta en marcha del Plan Integrado.

Jurisdicción Local de Salud (LHJ)

Las ciudades que presenten su Plan Integrado de manera independiente a sus condados no tienen que completar esta sección. Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección B.2, Consideraciones sobre otros procesos locales de planificación de programas.

1. **¿Trabajó el condado con su LHJ en la elaboración de la Evaluación de Salud Comunitaria (CHA) o del Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP) más recientes de dicha jurisdicción? Puede encontrar información adicional sobre los requisitos de participación en otros procesos locales de planificación de programas en el Capítulo 3, Sección B.2.3 del Manual de Políticas.**
2. **Describa cómo colaboró el [condado con las LHJ y con los planes de atención administrada de Medi-Cal](#) (MCP) en estas tres áreas para la elaboración de la CHA o el CHIP: colaboración, intercambio de datos y actividades con las partes interesadas.**

El DPH-SAPC contribuyó a los procesos de la CHA y el CHIP del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles mediante el intercambio de datos, la asistencia a reuniones clave y el trabajo conjunto en las encuestas, de la siguiente manera:

- El SAPC analizó indicadores de 179 localidades del condado de Los Ángeles. Estos datos se integraron en el eje temático de salud conductual de la plataforma de Perfiles de Salud Comunitaria (CHP), que constituye la base fundamental de la CHA del Departamento de Salud Pública (DPH).
- Gracias a esta labor, la jurisdicción sanitaria local (LHJ) del condado incorporó preguntas sobre el consumo de sustancias en la Encuesta de Salud de Los Ángeles. Dicha información tuvo un papel protagónico en los Perfiles de Salud Comunitaria (CHP).
- El SAPC revisó y editó los textos descriptivos de los CHP sobre la relevancia de los indicadores de trastornos por consumo de sustancias (SUD) incluidos y destacó la labor que realiza el propio SAPC. Se incorporaron enlaces directos hacia el SAPC.
- El SAPC brindó apoyo financiero a la LHJ para este esfuerzo y también colaboró en la encuesta del CHIP.

3. **¿Utilizó el condado la herramienta de colaboración Condado-LHJ-MCP proporcionada mediante asistencia técnica? No**

Colaboración

1. **Seleccione de qué manera colaboró el condado con la LHJ**

- Se asistió a las reuniones clave de la CHA y el CHIP según fue solicitado.
- Se participó en las estructuras de gobernanza o subcomités de la CHA y el CHIP según fue solicitado.
- Otros: Actualmente mantenemos reuniones con el DPH del Condado de Los Ángeles (la LHJ del condado), Long Beach y la ciudad de Pasadena (que cuentan con sus propios departamentos de salud pública en el condado) y con los MCP. El objetivo es dialogar sobre nuestra participación en los futuros esfuerzos de planificación de la CHA y el CHIP, lo que incluye el intercambio de datos y la asistencia a reuniones.

Intercambio de datos

Intercambio de datos en apoyo de la CHA y el CHIP

1. Estos son los objetivos estatales de salud conductual identificados para el intercambio de datos en apoyo de las áreas de enfoque relacionadas con la salud conductual de la CHA y el CHIP:

- Sobredosis
- Otros: hemos iniciado conversaciones con nuestros Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP) y las jurisdicciones sanitarias locales (LHJ) para analizar las metas estatales de salud conductual y los requisitos de intercambio de datos, con el fin de planificar futuros Planes Integrados (IP). Debido a los plazos establecidos, no fue posible compartir datos para este primer IP. Específicamente, hemos identificado y consensuado tres metas de salud conductual entre los MCP como parte del producto de la estrategia de gestión de la salud de la población (PHM): acceso a la atención, situación de calle y condiciones de salud conductual sin tratar.

2. ¿Se compartieron datos? No

Intercambio de datos de los MCP y las LHJ para apoyar la elaboración del IP

1. Seleccione los objetivos estatales de salud conductual identificados para el intercambio de datos con el fin de informar la elaboración del IP:

Otros: hemos iniciado conversaciones con nuestros Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP) y las jurisdicciones sanitarias locales (LHJ) para analizar las metas estatales de salud conductual y los requisitos de intercambio de datos, con el fin de planificar futuros Planes Integrados (IP). Debido a los plazos establecidos, no fue posible compartir datos para este primer IP. Específicamente, hemos identificado y consensuado tres metas de salud conductual entre los MCP como parte del producto de la estrategia de gestión de la salud de la población (PHM): acceso a la atención, situación de calle y condiciones de salud conductual sin tratar.

2. ¿Se compartieron datos? No

Actividades con las partes interesadas

1. Seleccione qué actividades con las partes interesadas ha coordinado el condado para la elaboración del IP junto con la participación de la LHJ en la CHA o el CHIP. Tenga en cuenta que, si bien los condados deben coordinar estas actividades con los procesos de la CHA y el CHIP de la LHJ (siempre que sea factible), las opciones a continuación son meramente ilustrativas y no representan formas obligatorias de coordinación:

Colaboración en encuestas conjuntas, grupos de discusión focalizados o entrevistas que puedan utilizarse para informar tanto el IP como la CHA o el CHIP.

Evaluación de Salud Comunitaria (CHA), Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP) o Plan Estratégico más reciente

1. ¿Ha tenido en cuenta el condado la CHA, el CHIP o el plan estratégico más reciente de la jurisdicción sanitaria local (LHJ) para la [elaboración de su Plan Integrado \(IP\)](#)? Puede encontrar información adicional sobre los requisitos de participación en otros procesos de planificación de programas locales en el [Capítulo 3, Sección B.2.3 del Manual de Políticas](#).
 - a. Sí: Analizamos la CHA y el CHIP para identificar disparidades y áreas de enfoque, y hemos involucrado a nuestras LHJ en sesiones de planificación para alinear dichos documentos con los objetivos estatales de salud conductual de cara a futuros Planes Integrados. Los hallazgos principales se detallan a continuación y coinciden tanto con los datos como con las deliberaciones de los miembros del Equipo de Planificación Comunitaria (CPT) sobre las desigualdades detectadas en otras fuentes y sus propias vivencias:
 - Las afecciones de salud conductual no tratadas afectan de manera desproporcionada a la población de color o afroamericana, a las personas de bajos ingresos y a otros grupos marginados. Las estadísticas del condado reflejan tasas de mortalidad por sobredosis y suicidio más elevadas entre residentes de color o afroamericanos y de bajos recursos. Según el Plan de Mejora de la Equidad en la Salud Comunitaria (CHEIP), el 58% de los adultos de género no binario padece depresión, mientras que la ideación suicida afecta al 48% de las poblaciones de género no binario, no conforme y queer. Existen disparidades críticas en las tasas de suicidio dentro de estos grupos, donde el 29.6% refiere intentos de quitarse la vida. Asimismo, los jóvenes son hospitalizados por intentos de suicidio con una frecuencia entre 2 y 10 veces mayor que los adultos mayores.
 - El CHEIP del Condado de Los Ángeles revela que ciertos factores socioeconómicos y de salud conductual que elevan el riesgo de que los menores sean separados de sus hogares afectan desproporcionadamente a comunidades específicas. La salud mental de los padres, como en el caso de la depresión, afecta al 8% de los cuidadores en general, pero la cifra asciende al 11% entre padres o cuidadores en situación de pobreza. Por otra parte, los datos de las Evaluaciones de Salud del Condado (CHA) indican que el 37% de las familias tiene dificultades para acceder a servicios de cuidado infantil, alcanzando el 45% en zonas metropolitanas y familias de bajos ingresos.
 - Las estadísticas delictivas señalan que algunas comunidades podrían tener un contacto desproporcionado con el sistema judicial. La Evaluación de Salud Comunitaria informa que las tasas de delitos violentos alcanzaron los 525.9 por cada 100,000 habitantes en todo el condado, concentrándose en comunidades mayoritariamente de color o afroamericanas, latinas y de bajos recursos en el sur de Los Ángeles (SPA 6) y la zona metropolitana (SPA 4). El CHEIP refleja una tasa de homicidios desproporcionadamente alta para los residentes de color o afroamericanos, con 33.4 casos por cada 100,000 personas, frente a la tasa general del condado de 8.1.
 - El CHEIP deja al descubierto la inestabilidad habitacional que sufren los residentes del condado de Los Ángeles. Existen disparidades raciales y socioeconómicas entre los 524,000 adultos que han estado en situación de calle o han vivido en condiciones de vivienda inestables en los últimos 5 años. Los ciudadanos de color o afroamericanos presentan los índices más altos de falta de vivienda (16%), seguidos por los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska (14%) y los latinos nacidos en EE. UU. (10%). También se observan

disparidades de género: el 36% de las mujeres transgénero y el 16% de las personas de género no binario sufren inestabilidad habitacional. En cuanto a las personas con discapacidad, el 11% se encuentra en situación de calle, comparado con el 5% de quienes no presentan discapacidades. Las diferencias geográficas también son marcadas, con un 13% en la SPA 1 (Valle del Antílope) frente a un 3% en la SPA 5 (Oeste).

- Según el CHEIP del condado de Los Ángeles, el 25% de los adultos manifestó dificultades para acceder a la atención médica necesaria y el 21% afirmó no contar con un centro de salud habitual. Además, el 49% de las personas de género no binario, el 37% de los latinos y el 33% de las personas con discapacidad luchan por recibir atención. El CHEIP empleó información de diversas fuentes, como los Perfiles de Salud Comunitaria, la Encuesta de Salud del Condado de Los Ángeles y datos específicos de programas.
- La razón de mortalidad relacionada con el embarazo (PRMR) reportada en el CHEIP también es un indicador de las disparidades en el acceso a la atención médica; la PRMR de las madres de color o afroamericanas es más del triple que la de las madres blancas, y se mantiene sistemáticamente por encima de la de otros grupos étnicos o raciales.

Reinversión comunitaria del Plan de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP)

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección [B.2. Consideraciones sobre otros procesos locales de planificación de programas.](#)

1. Enumere los Planes de Atención Administrada (MCP) con los que el condado colaboró para fundamentar sus respectivos procesos de planificación y toma de decisiones en materia de reinversión comunitaria.

A partir de octubre de 2025, el DPH-SAPC y el DMH iniciaron conversaciones con L.A. Care, Health Net y Kaiser Permanente sobre sus iniciativas de planificación para la reinversión comunitaria. Actualmente, se mantienen reuniones para analizar y unificar las áreas de interés común, tales como las tres metas de salud conductual identificadas en el producto de la estrategia de gestión de la salud de la población (PHM). Tanto el DPH-SAPC como el DMH compartieron sus estrategias, programas y brechas detectadas en relación con dichas metas para aportar información a los esfuerzos de planificación de los MCP.

2. ¿Qué actividades incluidas en las propuestas de los Planes de Reinversión Comunitaria de los MCP abordan las necesidades detectadas mediante el proceso de planificación comunitaria de la Ley de Servicios de Salud Conductual y la colaboración entre el condado, los MCP y otros interesados en el Plan Integrado del condado?

Desde octubre de 2025, el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles y el Departamento de Salud Pública (Prevención y Control del Abuso de Sustancias) están dialogando con los MCP para analizar objetivos y explorar vías de colaboración en el plan de inversión comunitaria. Estas conversaciones se encuentran todavía en sus etapas iniciales.

La planificación de la reinversión de los MCP sigue en curso y prevemos contar con más detalles durante el primer trimestre de 2026.

Período de comentarios y audiencia pública

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección [B.3. Comentarios públicos y actualizaciones del Plan Integrado](#).

1. Fecha en que se publicó el borrador del Plan Integrado (IP) para recibir comentarios de los interesados: 00/00/2026
2. Fecha de cierre del período de comentarios de los interesados: 00/00/2026
3. Fecha de la audiencia pública de la junta de salud conductual sobre el borrador del IP: 04/09/2026
 - a. Adjunte un comprobante de la publicación oficial con la información de la audiencia pública. Seleccione el formato de entrega preferido por el condado: PDF, ver Adjunto n.º A
4. Si el condado utiliza una página de inicio u otro sitio web para publicar los IP y recibir comentarios, proporcione el enlace:
[Anuncios de la BHSA - Departamento de Salud Mental](#)
5. Seleccione el método utilizado para distribuir el borrador del plan entre los interesados
 - Publicación oficial
 - Difusión por correo electrónico, ver Adjunto n.º B
6. Especifique otros procesos mediante los cuales se distribuyó el borrador del plan entre los interesados: N/A
7. Describa los [aportes de los interesados](#) en la siguiente tabla. Ingrese a cada grupo de interesados en su propia fila en la tabla

Tabla 7 Aportes de los interesados: **se completará tras el cierre del período de comentarios públicos.**

Grupo de interesados que brindó comentarios	Resumen de las revisiones sustanciales recomendadas por este interesado durante el período de comentarios

8. Describa cualquier recomendación sustancial realizada por la junta local de salud conductual que no se haya incluido en el Plan Integrado final o en su actualización. Si los interesados no recomendaron revisiones sustanciales durante el período de comentarios, ingrese N/A:
Se completará tras el cierre del período de comentarios públicos.

Continuo de atención de los servicios de salud conductual del condado

El Continuo de Atención de salud conductual se compone de dos marcos de trabajo diferenciados para los servicios de trastornos por consumo de sustancias y de salud mental. Estos marcos permiten que los condados detallen sus gastos previstos en las categorías de servicios fundamentales de su oferta asistencial. Las preguntas relativas al Continuo de Atención de salud conductual se encuentran en la plantilla presupuestaria del Plan Integrado.

Seguimiento y supervisión de los proveedores del condado

Las ciudades que presenten su Plan Integrado de forma independiente a sus condados no están obligadas a responder las preguntas sobre el Plan de Mejora de la Calidad de Medi-Cal ni la primera pregunta de la sección "Ubicaciones de todos los proveedores de la BHSA". En los demás casos, deben completarse todos los campos, salvo aquellos marcados como opcionales. Para consultar las políticas relacionadas, vea la sección [**6.C.2, Garantizar el pago de Medi-Cal**](#).

Planes de mejora de la calidad de Medi-Cal

- 1. En el caso de los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) o de los contratos integrados de SMHS y del Sistema Organizado de Prestación de Servicios de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) bajo la Integración Administrativa de Salud Conductual, adjunte una copia del Plan de Mejora de la Calidad (QIP) vigente del condado para el año fiscal estatal (SFY) 2026-2027.**

Ver Adjunto n.º C.

- 2. ¿Opera el condado un programa DMC-ODS independiente (es decir, un programa DMC-ODS que no forme parte de un contrato integrado de SMHS/DMC-ODS)? Sí**

a. Ver Adjunto n.º C para consultar el QIP vigente del condado para el SFY 2026-2027

Ubicaciones de proveedores contratados por la BHSA

- 1. A la fecha de presentación de este informe, indique el número total de sedes de proveedores contratados por la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) que ofrecerán servicios no relacionados con la vivienda durante el SFY 2025-2026; es decir, ubicaciones financiadas por la BHSA que (i) no sean propiedad del condado ni estén operadas por este, y (ii) brinden servicios de la BHSA distintos a las intervenciones de vivienda. (Si una sede ofrece tanto intervenciones de vivienda como servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, debe incluirse en el recuento; si el proveedor tiene contrato con el condado para brindar tanto servicios de salud mental como de trastornos por consumo de sustancias, cada servicio debe contabilizarse por separado).**

Tabla 8 Sedes de proveedores contratados por la BHSA que ofrecen servicios no relacionados con la vivienda

Servicios prestados	Número de sedes de proveedores contratados por la BHSA
Solo servicios de salud mental (MH)	766
Solo servicios de trastornos por consumo de sustancias (SUD)	168
Servicios tanto de MH como de SUD	0

2. De las sedes de proveedores contratados por la BHSA en el condado, identifique cuántas participan también en el Sistema de Prestación de Salud Conductual (BHDS) de Medi-Cal del condado (incluyendo SMHS y Drug MC/DMC-ODS) para el año fiscal estatal 2025-2026.

Tabla 9 Sedes de proveedores contratados por la BHSA que participan en el BHDS de Medi-Cal

Servicios prestados	Número de sedes de proveedores contratados por la BHSA
Solo SMHS	624
Solo DMC/DMC-ODS	168
Tanto el sistema SMHS como el DMC/DMC-ODS	0

Ubicaciones de todos los proveedores de la BHSA

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección [B.2. Consideraciones sobre otros procesos locales de planificación de programas.](#)

1. De las sedes de proveedores de SMHS financiadas por la BHSA (tanto operadas por el condado como contratadas) que ofrecen servicios o niveles de atención que podrían estar cubiertos por los MCP de Medi-Cal como servicios de salud mental no especializados (NSMHS), ¿qué porcentaje de dichos proveedores tiene contrato con al menos un MCP en el condado para la prestación de NSMHS? 22%

- a. Describa los planes del condado para aumentar los índices de contratación con los MCP a partir del 1 de julio de 2027 y durante los dos años posteriores entre las sedes de proveedores de la BHSA que brindan servicios que pueden o deben ser reembolsados por los MCP de Medi-Cal.

En consonancia con la transición de la atención (TOC) de CalAIM, los pacientes que ya no cumplan con los criterios de salud mental especializada deben ser derivados nuevamente a los MCP (es decir, se rechazarían los servicios especializados). Si se desea continuar trabajando con el paciente, el proveedor debe establecer un contrato con los MCP para convertirse en un proveedor de NSMHS (servicios de salud mental no especializados). Esta transición fortalecería el Continuo de Atención para los beneficiarios.

2. **A fin de maximizar la eficiencia de los recursos, a partir del 1 de julio de 2027, los condados deberán exigir a sus proveedores de la BHSA lo siguiente (sujeto a ciertas excepciones)**
- a. Verificar si la persona que solicita servicios elegibles para recibir financiamiento de la BHSA está inscrita en Medi-Cal o en un plan de salud comercial y, en caso de no tener seguro, derivarla para una evaluación de elegibilidad.
 - b. Facturar al Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal los servicios cubiertos por los cuales el proveedor recibe fondos de la BHSA.
 - c. Realizar un esfuerzo de buena fe para obtener el reembolso por parte de los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP) y de los planes de salud comerciales por los servicios cubiertos que el proveedor financia con recursos de la BHSA.
 - i. **¿Desea el condado describir algún desafío o inquietud respecto a la implementación de estos requisitos? No**
3. **Los condados deben supervisar que los proveedores financiados por la BHSA cumplan con los requisitos aplicables según el Manual de Políticas, el contrato de la BHSA del condado con el DHCS y las leyes y reglamentos estatales. A partir del año fiscal 2027-2028, los condados deberán (1) adoptar un cronograma de monitoreo que incluya visitas periódicas a las instalaciones y (2) conservar los registros de supervisión, lo que incluye informes de monitoreo, planes de acciones correctivas (CAP) aprobados por el condado y constancias de la resolución de dichos CAP. Los condados deberán entregar estos registros en cualquier momento que el DHCS lo solicite. El DHCS recomienda a los condados adoptar el mismo cronograma de monitoreo de proveedores que se utiliza en Medi-Cal: supervisión anual con una visita a las instalaciones al menos una vez cada tres años. En el caso de los proveedores que participen en los programas de la BHSA de varios condados, un condado podrá basarse en la supervisión realizada por otro.**
- ¿Tiene el condado la intención de adoptar este cronograma de monitoreo recomendado para los proveedores financiados por la BHSA que...?**
- a. **También participen en el Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal del condado (Recordatorio: los condados pueden supervisar simultáneamente el cumplimiento de los requisitos de Medi-Cal y de la BHSA): Sí.**
 - b. **¿No participen en el Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal del condado?: Sí.**

Programas de la Ley/Fondo de Servicios de Salud Conductual

Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS)

Para consultar la política relacionada, vea la sección 7.A.1, Pautas para el gasto en Servicios y Apoyos de Salud Conductual.

General

1. El plan incluye los siguientes Servicios y Apoyos de Salud Conductual (BHSS):

- Sistema de atención para adultos y adultos mayores (que no sean FSP)
- Programas de intervención temprana (EIP)
- Difusión y vinculación (O&E)
- Capacitación, educación y fuerza laboral (WET)
- Instalaciones de capital y necesidades tecnológicas (CFTN)

Sistema de atención para adultos y adultos mayores (que no sean Asociaciones para Servicios Integrales o FSP)

Programa n.º 1: Servicios de atención ambulatoria

Para cada programa o tipo de servicio que forme parte del sistema de atención para adultos y adultos mayores (no FSP) financiado por los BHSS del condado, proporcione la siguiente información.

1. **Seleccione el tipo de servicio prestado en el Programa Uno:** Servicios de salud mental
2. **Describa los servicios específicos que se brindan:**

Los Servicios de Atención Ambulatoria (OCS) ofrecen una gama amplia e integrada de prestaciones clínicas, comunitarias (por ejemplo, en escuelas o entornos residenciales) y de campo, según resulte clínicamente apropiado dentro de un sistema de atención orientado a la recuperación. Este servicio forma parte del Continuo de Atención de salud mental y atiende a adultos y adultos mayores, brindando servicios de salud mental que pueden incluir prácticas y apoyos basados en evidencia o definidos por la comunidad. Estos se prestan de manera oportuna y en el entorno más adecuado para satisfacer las necesidades de cada paciente. La capacitación y el equipamiento son fundamentales para respaldar estas prácticas basadas en evidencia.

Los OCS son inclusivos y cuentan con sensibilidad cultural, ofreciendo servicios lingüísticamente adecuados para atender a las diversas comunidades del condado de Los Ángeles. El objetivo de los OCS es llegar a los pacientes donde se encuentren, involucrándolos en los servicios y guiándolos hacia la recuperación y hacia metas significativas y autodeterminadas que fomenten la integración social, el bienestar físico y mental, y el uso provechoso del tiempo. Los servicios principales incluyen estabilización en crisis, evaluaciones, terapia individual o grupal, intervención en crisis, gestión de casos, vivienda, apoyo al empleo, apoyo de pares, tratamiento de trastornos concurrentes, servicios de apoyo suplementario (MSS) y tratamiento con asistencia farmacológica (MAT). La intensidad, la ubicación (comunidad/campo o consultorio/clínica) y la duración de los servicios se adaptan a las necesidades de cada paciente y pueden variar con el tiempo. Aunque muchos pacientes pasan de servicios más intensivos a otros menos intensivos, algunos pueden requerir apoyos de mayor intensidad por períodos prolongados debido a factores como necesidades de alta agudeza, falta de adherencia al tratamiento, consumo de sustancias, exposición a traumas o factores estresantes externos (problemas de vivienda, empleo, relaciones o legales). El objetivo primordial es lograr una participación activa y comprometida en el proceso de tratamiento hacia la recuperación.

3. **Proporcione el número previsto de personas atendidas durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla**

Tabla 10 Número de personas atendidas en el Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores (no FSP) durante el período del plan por año

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	117.925
AF 2027 – 2028	119.104
AF 2028 – 2029	120.295

4. **Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través del Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores.**

Se incluyó a las personas que se prevé atender en servicios ambulatorios. El número proyectado de beneficiarios se incrementó en un 1% anual durante los próximos dos años fiscales.

Programa n.º 2: Respuesta móvil ante crisis

Para cada programa o tipo de servicio que forme parte del sistema de atención para adultos y adultos mayores (no FSP) financiado por los BHSS del condado, proporcione la siguiente información.

1. **Seleccione el tipo de servicio prestado en el Programa Uno:** Servicios de salud mental
2. **Describa los servicios específicos que se brindan:** los servicios están a cargo de clínicos del LACDMH, quienes evalúan a personas en riesgo de autolesionarse, de lastimar a terceros o que presentan incapacidad para cubrir sus necesidades básicas. Las tareas incluyen el triaje y la desescalada de crisis en la comunidad, así como la coordinación y el envío de equipos de respuesta para evitar hospitalizaciones, encarcelamientos o lesiones. Este enfoque prioriza una intervención empática y con perspectiva de trauma, y se esfuerza por reducir el estigma mientras brinda apoyo a los pacientes y sus familias.
3. **Proporcione el número previsto de personas atendidas durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla**

Tabla 11 Número de personas atendidas en el Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores (no FSP) durante el período del plan por año

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	12.968
AF 2027 – 2028	13.097
AF 2028 – 2029	13.227

4. **Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través del Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores.**

Se incluyó a las personas atendidas por el servicio de Respuesta Móvil ante Crisis. El número proyectado de beneficiarios se incrementó en un 1% anual durante los próximos dos años fiscales.

Programas de Intervención Temprana

Para cada programa o tipo de servicio que forme parte del programa general de intervención temprana (EI) del condado, proporcione la siguiente información. Los programas de EI deben incluir todos los componentes obligatorios detallados en el [Capítulo 7, Sección A.7.3 del Manual de Políticas](#); no obstante, los condados pueden desarrollar múltiples programas o intervenciones para cumplir con dichos requisitos. Si el condado ofrece más de un programa o tipo de servicio, utilice el botón "agregar". Para consultar la política relacionada, vea la sección [7.A.7, Programas de intervención temprana](#).

1. Nombre del programa o servicio n.º 1: Servicios para el Bienestar de Niños y Jóvenes (CYWS)

El programa de Servicios de Bienestar para Niños y Jóvenes (CYWS) brinda atención integral y dirigida a niños, jóvenes y jóvenes en edad de transición (TAY, de 0 a 25 años) identificados con afecciones de salud mental complejas que cumplen con los criterios para acceder a Servicios Especializados de Salud Mental. Los servicios están diseñados para abordar trastornos graves de salud conductual, mejorar el deterioro funcional y aumentar las habilidades de afrontamiento adecuadas para el desarrollo. Los servicios son prestados por personal multidisciplinario en clínicas y entornos de campo, utilizando prácticas basadas en evidencia y definidas por la comunidad. Los servicios especializados de salud mental ambulatorios buscan disminuir los síntomas, evitar la necesidad de niveles de atención más elevados y promover el bienestar, apoyando en todo momento a los niños, jóvenes y TAY para que permanezcan integrados en sus familias y comunidades.

El CYWS es un componente esencial del Continuo de Atención de salud conductual, ya que cierra la brecha entre el apoyo comunitario y las opciones de tratamiento más intensivas. Las alianzas del programa con entidades dedicadas a la infancia y juventud garantizan un enfoque de tratamiento holístico y completo. El objetivo es que los jóvenes y sus familias reciban el nivel de atención y los servicios más adecuados para sus necesidades particulares.

Los siguientes componentes de EI se incluyen como parte del programa o servicio:

- focalizada
- Acceso y vinculación: Evaluaciones iniciales (detección)
- Acceso y vinculación: Evaluaciones clínicas
- Acceso y vinculación: Derivaciones
- Servicios de tratamiento y apoyos: Servicios para abordar el primer episodio psicótico (FEP)
- Servicios de tratamiento y apoyos: Servicios de prevención, respuesta o tratamiento de crisis de salud conductual o para disminuir el impacto del suicidio
- Servicios de tratamiento y apoyos: Servicios para abordar problemas concurrentes de salud mental y consumo de sustancias

2. Indique si el programa o servicio incluye prácticas basadas en evidencia (EBP) o prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad (CDEP) de la lista bienal para programas de EI: Sí.

a. Esta es la lista de las EBP aplicables:

- Terapia cognitivo-conductual de alternativas para las familias (AF-CBT)
- Terapia familiar estratégica breve (BFST)
- Niños y TAY (Child and TAY)
- Psicoterapia para padres e hijos (CPP)
- Intervención cognitivo-conductual para traumas en el entorno escolar
- Mejora de la calidad del tratamiento de la depresión (DTQI)

- EBP centradas en la familia
- Conexiones familiares (FC)
- Terapia familiar funcional (FFT)
- Años increíbles (Incredible Years - IY)
- Terapia familiar multidimensional (MDFT)
- Terapia multisistémica (MST)
- Crianza con ternura (Nurturing Parenting - NP)
- Terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT)
- Identificación y derivación temprana de Portland (PIER)
- Programa de crianza reflexiva (RPP)
- Fortaleciendo familias (SF)
- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)
- Programa de crianza positiva Triple P (Triple P)
- Modelo de transición UCLA Ties (UCLA TTM)

3. Describa los resultados previstos del programa o servicio

- Acceso a la atención: Incrementar el acceso oportuno a servicios de salud mental adecuados
- Institucionalización: Reducir el tiempo de permanencia en entornos institucionales
- Contacto con el sistema judicial: Disminuir la cantidad de jóvenes con necesidades de salud conductual que ingresan o permanecen vinculados al sistema de justicia
- Separación de menores de sus hogares: Prevenir la separación innecesaria de los niños de sus familias
- Afecciones de salud conductual sin tratar: Potenciar la detección y el tratamiento oportuno de las afecciones de salud conductual, reduciendo su progresión y mejorando el funcionamiento general
- Vinculación escolar: Fortalecer el compromiso académico de los estudiantes mediante la prevención y el tratamiento de problemas de salud conductual, fomentando la asistencia constante, la participación, los índices de graduación y el bienestar integral

4. Indique si el condado identificó usos prioritarios adicionales para los fondos de intervención temprana (EI) de los BHSS, más allá de los enumerados en el [Capítulo 7, Sección A.7.2 del Manual de Políticas](#): No.

5. Proporcione el número total previsto de personas atendidas mediante intervención temprana (EI) durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla:

Tabla 12 Número estimado de personas atendidas en programas de intervención temprana por año del plan

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	83.040
AF 2027 – 2028	83.870
AF 2028 – 2029	84.708

- a. Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través de los programas de EI:**
Se incluyó a la población que se prevé atender en los servicios de intervención temprana. El número proyectado de beneficiarios se incrementó en un 1% anual

durante los próximos dos años fiscales.

6. Nombre del programa o servicio n.º 2: Evaluación inicial y vinculación

Este programa garantiza que la atención se brinde lo antes posible tras la aparición de una afección de salud conductual, incluyendo derivaciones a servicios médicos y sociales según sea necesario. Abarca actividades de detección, evaluación clínica y derivación a servicios de salud conductual a través de canales accesibles, como líneas telefónicas de ayuda y servicios de apoyo. Además, iniciativas como Wolf Connection y Friends of the Family se alinean con las tareas de evaluación inicial y vinculación al ofrecer actividades complementarias de prevención y apoyo familiar: Wolf Connection brinda educación experiencial y empoderamiento para jóvenes mediante el aprendizaje asistido por lobos, lo que incluye el programa de educación digital Power of the Pack y visitas presenciales; por su parte, Friends of the Children ofrece apoyo temprano de salud mental centrado en la familia, utilizando prácticas basadas en evidencia como la terapia PCIT y otras intervenciones orientadas al núcleo familiar para reducir las crisis y fortalecer la resiliencia. Este enfoque integrado busca optimizar la detección temprana, facilitar el acceso oportuno a la atención y aprovechar las alianzas comunitarias para respaldar a individuos y familias en todo el Continuo de Atención.

7. Los siguientes componentes de EI se incluyen como parte del programa o servicio:

- Acceso y vinculación: Evaluaciones iniciales (detección)
- Acceso y vinculación: Evaluaciones clínicas
- Acceso y vinculación: Derivaciones

8. Indique si el programa o servicio incluye prácticas basadas en evidencia (EBP) o prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad (CDEP) de la lista bienal para programas de EI: No.

9. Describa los resultados previstos del programa o servicio

- Acceso a la atención: Incrementar el acceso oportuno a servicios de salud mental adecuados
- Contacto con el sistema judicial: Disminuir la cantidad de jóvenes con necesidades de salud conductual que ingresan o permanecen vinculados al sistema de justicia
- Separación de menores de sus hogares: Prevenir la separación innecesaria de los niños de sus familias
- Afecciones de salud conductual sin tratar: Potenciar la detección y el tratamiento oportuno de las afecciones de salud conductual, reduciendo su progresión y mejorando el funcionamiento general
- Vinculación escolar: Fortalecer el compromiso académico de los estudiantes mediante la prevención y el tratamiento de problemas de salud conductual, fomentando la asistencia constante, la participación, los índices de graduación y el bienestar integral

10. Indique si el condado identificó usos prioritarios adicionales para los fondos de intervención temprana (EI) de los BHSS, más allá de los enumerados en el [Capítulo 7, Sección A.7.2 del Manual de Políticas](#): No.

11. Proporcione el número total previsto de personas atendidas mediante intervención temprana (EI) durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla:

Tabla 13 Número estimado de personas atendidas en programas de intervención temprana por año del plan

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	9.053
AF 2027 – 2028	9.143
AF 2028 – 2029	9.234

a. Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través de los programas de EI:

Se incluyó a las personas atendidas en los programas enumerados anteriormente. El número proyectado de beneficiarios se incrementó en un 1% anual durante los próximos dos años fiscales.

12. Nombre del programa o servicio n.º 3: Difusión y vinculación

Este programa pone en marcha un enfoque polifacético de difusión, captación e intervención temprana para todos los grupos de edad, con especial hincapié en los cuidadores, los adultos mayores y los jóvenes. Prioriza la conexión con servicios comunitarios de salud mental y de consumo de sustancias, aprovecha las prácticas basadas en evidencia (EBP) y las prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad (CDEP), y busca reducir las disparidades en el acceso de las poblaciones diversas y desatendidas. El programa incluye actividades de difusión dirigidas a redes de envejecimiento y organizaciones que atienden a adultos mayores, así como servicios integrados para jóvenes e iniciativas escolares que apoyen la detección temprana, la intervención y la derivación.

Programas como los Promotores Unidos de Salud Mental (UMHP), los Centros de Acogida para TAY y el Centro de Recursos Comunitarios son programas de acceso y vinculación en el condado de Los Ángeles. El UMHP tiene como objetivo reducir el estigma de la salud mental en comunidades con diversidad cultural y lingüística desatendidas mediante la capacitación y el despliegue de miembros de la comunidad para captar residentes, conectarlos con el Departamento de Salud Mental y otros recursos a través de una difusión culturalmente receptiva, y brindar talleres de reducción del estigma, derivaciones y triaje y apoyo de salud mental de primera línea. Este esfuerzo de difusión y empoderamiento a nivel de todo el condado ofrece servicios de prevención, actividades de vinculación y capacitación para fortalecer a las comunidades, al tiempo que crea trayectorias profesionales para los participantes. El programa apoya a ocho equipos de UMHP (una agencia contratista por Distrito de Supervisión) con nueve empleados por equipo, lo que garantiza una amplia cobertura y presencia local.

13. Los siguientes componentes de EI se incluyen como parte del programa o servicio:

- focalizada
- Acceso y vinculación: Evaluaciones iniciales (detección)
- Acceso y vinculación: Evaluaciones clínicas
- Acceso y vinculación: Derivaciones

14. Indique si el programa o servicio incluye prácticas basadas en evidencia (EBP) o prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad (CDEP) de la lista bienal para programas de EI: No.

15. Describa los resultados previstos del programa o servicio

- Acceso a la atención: Incrementar el acceso oportuno a servicios de salud mental adecuados
- Contacto con el sistema judicial: Disminuir la cantidad de jóvenes con necesidades de

- salud conductual que ingresan o permanecen vinculados al sistema de justicia
- Separación de menores de sus hogares: Prevenir la separación innecesaria de los niños de sus familias
- Afecciones de salud conductual sin tratar: Potenciar la detección y el tratamiento oportuno de las afecciones de salud conductual, reduciendo su progresión y mejorando el funcionamiento general
- Vinculación escolar: Fortalecer el compromiso académico de los estudiantes mediante la prevención y el tratamiento de problemas de salud conductual, fomentando la asistencia constante, la participación, los índices de graduación y el bienestar integral

16. Indique si el condado identificó usos prioritarios adicionales para los fondos de intervención temprana (EI) de los BHSS, más allá de los enumerados en el [Capítulo 7, Sección A.7.2 del Manual de Políticas](#): No.

17. Proporcione el número total previsto de personas atendidas mediante intervención temprana (EI) durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla:

Tabla 14 Número estimado de personas atendidas en programas de intervención temprana por año del plan

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	171.000
AF 2027 – 2028	172.710
AF 2028 – 2029	174.437

- a. Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través de los programas de EI: el número proyectado de personas atendidas se incrementó en un 1% anual durante los próximos dos ejercicios fiscales. Los Promotores informaron 150.967 personas y el Centro de Recursos Familiares Comunitarios, 19.877. El total es de 170,844, cifra que se redondeó a 171,000 para contemplar los datos faltantes de los centros de acogida para jóvenes en edad de transición (TAY).

18. Nombre del programa o servicio n.º 4: Respuesta móvil

Los servicios están a cargo de clínicos del LACDMH, quienes evalúan a personas en riesgo de autolesionarse, de lastimar a terceros o que presentan incapacidad para cubrir sus necesidades básicas. Las tareas incluyen el triaje y la desescalada de crisis en la comunidad, así como la coordinación y el envío de equipos de respuesta para evitar hospitalizaciones, encarcelamientos o lesiones. Este enfoque prioriza una intervención empática y con perspectiva de trauma, y se esfuerza por reducir el estigma mientras brinda apoyo a los pacientes y sus familias.

19. Los siguientes componentes de EI se incluyen como parte del programa o servicio:

- Acceso y vinculación: Evaluaciones iniciales (detección)
- Acceso y vinculación: Evaluaciones clínicas
- Acceso y vinculación: Derivaciones
- Servicios de tratamiento y apoyos: Servicios de prevención, respuesta o tratamiento de crisis de salud conductual o para disminuir el impacto del suicidio
- Servicios de tratamiento y apoyos: Servicios para abordar problemas concurrentes de salud mental y consumo de sustancias

20. Indique si el programa o servicio incluye prácticas basadas en evidencia (EBP) o prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad (CDEP) de la lista bienal para programas de EI: No.

21. Describa los resultados previstos del programa o servicio

- Acceso a la atención: Incrementar el acceso oportuno a servicios de salud mental adecuados
- Contacto con el sistema judicial: Disminuir la cantidad de jóvenes con necesidades de salud conductual que ingresan o permanecen vinculados al sistema de justicia.
- Separación de menores de sus hogares: Prevenir la separación innecesaria de los niños de sus familias
- Afecciones de salud conductual sin tratar: Potenciar la detección y el tratamiento oportuno de las afecciones de salud conductual, reduciendo su progresión y mejorando el funcionamiento general
- Vinculación escolar: Fortalecer el compromiso académico de los estudiantes mediante la prevención y el tratamiento de problemas de salud conductual, fomentando la asistencia constante, la participación, los índices de graduación y el bienestar integral

22. Indique si el condado identificó usos prioritarios adicionales para los fondos de intervención temprana (EI) de los BHSS, más allá de los enumerados en el [Capítulo 7, Sección A.7.2 del Manual de Políticas](#): No.

23. Proporcione el número total previsto de personas atendidas mediante intervención temprana (EI) durante el periodo del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla:

Tabla 15 Número estimado de personas atendidas en programas de intervención temprana por año del plan

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	5.693
AF 2027 – 2028	5.749
AF 2028 – 2029	5.806

a. Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través de los programas de EI:

Programa de Atención Especializada Coordinada para el Primer Episodio de Psicosis (CSC)

Para consultar la política relacionada, vea la sección [7.A.7.5.1, Atención Especializada Coordinada para el Primer Episodio Psicótico](#).

1. Proporcione la siguiente información sobre el programa de Atención Especializada Coordinada del condado para el Primer Episodio Psicótico (CSC)

- a. **Nombre del programa de CSC:** Atención Especializada Coordinada para el Primer Episodio Psicótico (anteriormente conocido como PIER y EPI-LA)
- b. **Descripción del programa de CSC:** es un servicio comunitario basado en equipos y con fundamentos en evidencia, dirigido a pacientes de los Servicios de Salud Mental Especializada que hayan manifestado el inicio de síntomas psicóticos en los últimos cinco años, o que presenten síntomas psicóticos atenuados que cumplan con los criterios de síndrome clínico de alto riesgo. El rango de edad para recibir el servicio es de 12 a 40 años.

2. Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla.

Tabla 16 Número estimado de personas elegibles para CSC y número estimado de equipos necesarios para atender a la población total elegible

Población elegible para CSC	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	1.604
Número de personas sin seguro	218
Profesionales y equipos de CSC necesarios	Estimaciones
Número de profesionales necesarios para atender a la población total elegible	196
Número de equipos necesarios para atender a la población total elegible	46

3. Teniendo en cuenta las estimaciones de la población total elegible, la capacidad actual y prevista de la fuerza laboral y la asignación de fondos de la BHSA para los BHSS, indique el número total de equipos y de equivalentes a tiempo completo (FTE) (tanto proveedores operados por el condado como contratados) que el sistema de salud conductual del condado prevé utilizar (es decir, FTE actuales y nuevos) para brindar CSC durante el período de este Plan Integrado, por año fiscal.

Tabla 17 Número total de profesionales y equipos de CSC

Datos reales del condado	AF 2026-2027	AF 2027-2028	AF 2028-2029
Número total de profesionales	50	60	75
Número total de equipos	8	10	13

4. ¿Se complementará el programa de CSC del condado con otras fuentes de financiamiento (ajenas a la BHSA)? Sí

a. Enumere las otras fuentes de financiamiento: Medi-Cal y EPSDT

Programa de Difusión y Vinculación (O&E)

Para cada programa o actividad que forme parte de los programas independientes de O&E del condado, proporcione la siguiente información. Si el condado ofrece más de un programa o actividad, utilice el botón "Agregar". Para consultar la política relacionada, vea la sección [7.A.3. Difusión y vinculación](#).

1. **Nombre del programa o actividad n.º 1:** Navegación
2. **Describa el programa o la actividad:** vinculación con las fuentes de derivación comunitarias para ayudar a las personas a acceder a la atención ambulatoria, lo que incluye el enlace con el programa de Asociación para Servicios Integrales.
3. **Proporcione el número previsto de personas atendidas durante el período del plan por año fiscal (AF) en la siguiente tabla**

Tabla 18 Número estimado de personas atendidas en programas de O&E por año del plan

Período del plan por año fiscal	Número previsto de personas atendidas
AF 2026 – 2027	2.874
AF 2027 – 2028	2.902
AF 2028 – 2029	2.931

4. **Describa cualquier dato o supuesto que el condado haya utilizado para proyectar el número de personas atendidas a través de los programas de O&E:**

Se incluyó a las personas que reciben servicios de difusión por parte de los equipos de Navegación de Áreas de Servicio y del programa para veteranos. El número proyectado de beneficiarios se incrementó en un 1% anual durante los próximos dos años fiscales.

Programa de Capacitación, Educación y Fuerza Laboral (WET) del condado

Tal como se describe en el Manual de Políticas, las actividades de WET deben complementar, mas no duplicar, el financiamiento disponible a través de otras iniciativas de fuerza laboral administradas por el estado. Esto incluye la iniciativa de fuerza laboral de Redes Organizadas de Atención y Tratamiento Equitativo de Salud Conductual en la Comunidad (BH CONNECT), administrada por el Departamento de Acceso e Información de Salud (HCAI). Los condados deben priorizar el uso de BH CONNECT y otros programas estatales de fuerza laboral siempre que sea posible.

Las respuestas de esta sección deben referirse al programa WET del condado. Otros esfuerzos relacionados con el personal deben abordarse en la sección de Estrategia de la Fuerza Laboral del Plan Integrado (IP).

Para cada programa o actividad que forme parte del programa general WET del condado, proporcione la siguiente información. Si el condado ofrece más de un tipo de programa o actividad, utilice el botón "Agregar". Para consultar la política relacionada, vea la sección 7.A.4, Capacitación, educación y fuerza laboral.

1. **Nombre del programa o actividad n.º 1:** Capacitación y asistencia técnica
2. **La actividad corresponde a la siguiente categoría:** Reclutamiento, desarrollo, capacitación y retención de la fuerza laboral
3. **Describa los esfuerzos realizados para abordar las disparidades en la fuerza laboral de salud conductual. Puede encontrar información adicional sobre la diversidad del personal de salud conductual en el [Capítulo 7, Sección A.4.9 del Manual de Políticas](#):** las capacitaciones se centran en aumentar las competencias clínicas en toda nuestra diversa fuerza laboral.
4. **Nombre del programa o actividad n.º 2:** Residencia y pasantías
5. **La actividad corresponde a la siguiente categoría:** Programa de pasantías y aprendizaje
6. **Describa los esfuerzos realizados para abordar las disparidades en la fuerza laboral de salud conductual. Puede encontrar información adicional sobre la diversidad del personal de salud conductual en el [Capítulo 7, Sección A.4.9 del Manual de Políticas](#):** La Universidad Charles Drew se encuentra en el sur de Los Ángeles y atiende a una amplia base de pacientes de origen latino y afroamericanos. El programa Pathways to Health tiene como objetivo específico dar a conocer las oportunidades profesionales en el ámbito de la salud mental pública a estudiantes de secundaria latinos y afroamericanos. La mayoría de los estudiantes en formación del Programa de Desarrollo Profesional Estudiantil se identifican como latinos.
7. **Nombre del programa o actividad n.º 3:** Incentivos financieros
8. **La actividad corresponde a la siguiente categoría:** Incentivos de retención y estipendios
9. **Describa los esfuerzos realizados para abordar las disparidades en la fuerza laboral de salud conductual. Puede encontrar información adicional sobre la diversidad del personal de salud conductual en el [Capítulo 7, Sección A.4.9 del Manual de Políticas](#):** Estos programas ayudan a que personas con diversos orígenes consideren el empleo público en el área de salud mental especializada.

10. **Nombre del programa o actividad n.º 4:** Trayectos profesionales en salud mental
11. **La actividad corresponde a la siguiente categoría:** Reclutamiento, desarrollo, capacitación y retención de la fuerza laboral
12. **Describa los esfuerzos realizados para abordar las disparidades en la fuerza laboral de salud conductual. Puede encontrar información adicional sobre la diversidad del personal de salud conductual en el [Capítulo 7, Sección A.4.9 del Manual de Políticas](#)**
Este programa prepara y perfecciona las habilidades de los proveedores pares y de padres, quienes contribuyen a mejorar la prestación de los Servicios de Salud Mental Especializada y desempeñan funciones significativas como pares y padres colaboradores.

Instalaciones de capital y necesidades tecnológicas (CFTN)

Para cada proyecto que forme parte de las iniciativas de CFTN del condado, proporcione la siguiente información. Si el condado cuenta con más de un proyecto, utilice el botón "Agregar". Puede encontrar información adicional sobre las políticas de CFTN en el Capítulo 7, Sección A.5 del Manual de Políticas.

Proyectos de instalaciones de capital:

1. **Nombre del proyecto (n.º 1):** High Desert CRTP
2. **El proyecto de instalaciones de capital corresponde a la siguiente categoría:** Cumplimiento de los requisitos de contrapartida de fondos para la adjudicación del Programa de Infraestructura del Continuo de Atención de Salud Conductual (BHCIP del Bono).
3. **Descripción del proyecto:** El Programa de Tratamiento Residencial en Crisis será el primer CRTP para adultos en Antelope Valley. Contará con 16 camas y ofrecerá una alternativa de corto plazo a la hospitalización, atendiendo entre 275 y 400 adultos al año.
4. **Nombre del proyecto (n.º 2):** Centro para niños y familias Jacqueline Avant
5. **El proyecto de instalaciones de capital corresponde a la siguiente categoría:** Adquisición, renovación o construcción de edificios que son o serán propiedad del condado. El edificio puede ser propiedad de una organización sin fines de lucro y estar operado por ella, siempre que esta preste servicios de salud conductual bajo contrato con el condado.
6. **¿El proyecto implica el arrendamiento o alquiler con opción a compra de un edificio?** N
7. **Descripción del proyecto:** Este proyecto consistió en la ampliación de la capacidad actual de servicios ambulatorios ubicada en Martin Luther King (MLK). El programa ambulatorio infantil y una unidad de estabilización de crisis (CSU) para niños y jóvenes también se ubicarán en el tercer piso del Centro Pediátrico Ambulatorio y CSU Jacqueline Avant para Niños y Familias de MLK.
8. **Nombre del proyecto (n.º 3):** Centro de Atención de Urgencias (UCC) de LA General
9. **El proyecto de instalaciones de capital corresponde a la siguiente categoría:** Adquisición, renovación o construcción de edificios que son o serán propiedad del condado. El edificio puede ser propiedad de una organización sin fines de lucro y estar operado por ella, siempre que esta preste servicios de salud conductual bajo contrato con el condado.
10. **¿El proyecto implica el arrendamiento o alquiler con opción a compra de un edificio?** N
11. **Descripción del proyecto:** El UCC ofrece acceso inmediato y sin cita previa a servicios de salud conductual para personas en crisis, funcionando como una alternativa a las salas de emergencia hospitalarias para necesidades psiquiátricas. Ofrece evaluaciones, asesoramiento, asistencia con medicamentos y estabilización para vincular a los pacientes con una atención continua sin requerir hospitalización nocturna. La instalación del UCC funcionaría las 24 horas, los 7 días de la semana, y sus usuarios pueden permanecer en el centro por un periodo no mayor a 24 horas. Si un paciente no puede regresar de manera segura a su entorno anterior,

puede ser trasladado a uno de los programas de tratamiento residencial en crisis (CRTP) de LA General, situados cruzando el acceso compartido, para recibir atención residencial a corto plazo. Asimismo, su proximidad al Centro Médico Los Angeles General es de gran importancia. Los usuarios del propuesto MHUCC que necesiten más atención médica o cuidados de salud mental para pacientes internados pueden ser trasladados a dicho Centro Médico.

12. **Nombre del proyecto (n.º 4):** Casa Club del Este de San Gabriel Valley
13. **El proyecto de instalaciones de capital corresponde a la siguiente categoría:** Adquisición, renovación o construcción de edificios que son o serán propiedad del condado. El edificio puede ser propiedad de una organización sin fines de lucro y estar operado por ella, siempre que esta preste servicios de salud conductual bajo contrato con el condado.
14. **¿El proyecto implica el arrendamiento o alquiler con opción a compra de un edificio?** N
15. **Descripción del proyecto:** una Casa Club ofrece una comunidad terapéutica no clínica para personas que viven con enfermedades mentales graves, quienes trabajan en colaboración con nuestros miembros para asegurar que ellos sean el centro de su propia recuperación.

Proyectos de necesidades tecnológicas

1. **Nombre del proyecto (n.º 1):** Mantenimiento y actualizaciones del sistema
2. **Las siguientes son las áreas de enfoque del proyecto:**
 - Intercambio de datos e interoperabilidad
 - Seguridad y privacidad de los datos
 - Almacén de datos
 - Sistema de registros médicos electrónicos
 - Conversión de papel a imágenes digitales
 - Monitoreo
 - Recursos de información en línea para personas y familias
 - Sistema de registros de salud personales
 - Recursos para apoyar la accesibilidad de contenidos web y aplicaciones móviles
 - Costos de mantenimiento del sistema
 - Telemedicina
3. **Describe el proyecto:** Reserva de fondos necesarios para mantener y actualizar el sistema según los requisitos estatales y las necesidades locales del condado. Esta inversión permitirá un intercambio de datos e interoperabilidad sin interrupciones, una sólida seguridad y privacidad de la información, y análisis de datos integrales. El financiamiento respalda un almacén de datos centralizado para la generación de informes y el apoyo en la toma de decisiones, además de un sistema central de registros médicos electrónicos (EHR) para las consultas de pacientes y los planes de atención. También cubre el monitoreo continuo para la supervisión del sistema y la seguridad, así como recursos de información en línea de fácil acceso para las personas y sus familias.

Programa de Asociación para Servicios Integrales

El DHCS proporcionará a los condados la información necesaria para completar los campos estimados de la población elegible y de los profesionales o equipos requeridos para cada práctica basada en evidencia (EBP). Las cifras estimadas de equipos y profesionales reflejan la cantidad necesaria para atender a la totalidad de la población elegible (es decir, alcanzar una tasa de penetración del 100%). El DHCS reconoce que, por lo general, los condados no podrán dar cobertura a toda la población elegible debido a la disponibilidad de fondos de la BHSA. Estas proyecciones no son vinculantes y tienen únicamente fines de planificación. En futuras directrices, el DHCS brindará más información sobre el número de equipos que los condados deben implementar para demostrar el cumplimiento de los requisitos de FSP bajo la BHSA. Para consultar la política relacionada, vea

las [secciones 7.B.3, Requisitos del Programa de Asociación para Servicios Integrales](#), y 7.B.4, [Niveles de Atención de la Asociación para Servicios Integrales](#)

1. Revise el número total estimado de personas que podrían ser elegibles para cada uno de los siguientes servicios de Asociación para Servicios Integrales (FSP) (conforme a los criterios de servicio de la [Guía de Políticas de Prácticas Basadas en Evidencia \[EBP\]](#) de las [Redes Organizadas de Atención y Tratamiento Equitativo de Salud Conductual en la Comunidad \[BH CONNECT\]](#), el [Capítulo 7, Sección B del Manual de Políticas](#) y las próximas directrices de Medi-Cal sobre el Enfoque Integral de Alta Fidelidad [HFW]): Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) y Tratamiento Asertivo Comunitario Forense (FACT), Gestión Intensiva de Casos (ICM) de la Asociación para Servicios Integrales (FSP), HFW y el Modelo de Empleo con Apoyo de Colocación e Intervención Individual (IPS). Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla

Tabla 19 Número estimado de personas elegibles para los servicios de Asociación para Servicios Integrales

Población total de adultos elegibles para FSP	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	29.452
Número de personas sin seguro	5.027
Número total de personas elegibles para FSP con algún contacto con el sistema judicial	9.615

Población elegible para el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) y el Tratamiento Asertivo Comunitario Forense (FACT)

1. Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla

Tabla 20 Número estimado de personas elegibles para ACT y FACT y número estimado de equipos necesarios para atender a la población total elegible

Población elegible para ACT	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	3.817
Número de personas sin seguro	652
Población elegible para FACT (ACT con contacto con el sistema judicial)	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	1.909
Número de personas sin seguro	2.235
Profesionales y equipos de ACT y FACT necesarios	Estimaciones
Número de profesionales necesarios para atender a la población total elegible	680
Número de equipos necesarios para atender a la población total elegible	68

2. Teniendo en cuenta las estimaciones de la población total elegible, la capacidad actual y prevista de la fuerza laboral y la asignación de fondos de la BHSA para FSP, indique el número total de equipos y de equivalentes a tiempo completo (FTE) (tanto proveedores operados por el condado como contratados) que el sistema de salud conductual del condado prevé utilizar (es decir, FTE actuales y nuevos) para brindar ACT y FACT durante el período de este Plan Integrado, por año fiscal. El DHCS proporcionará más directrices y asistencia técnica (TA) para ayudar a los condados a completar estos campos.

Tabla 21 Número total de profesionales y equipos de ACT y FACT

Datos reales del condado	AF 2026-2027	AF 2027-2028	AF 2028-2029
Número total de profesionales	340	510	680
Número total de equipos	34	51	68

Población elegible para la Gestión Intensiva de Casos (ICM) de la Asociación para Servicios Integrales (FSP)

1. Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla

Tabla 22 Número estimado de personas elegibles para FSP ICM y número estimado de equipos necesarios para atender a la población total elegible

Población elegible para FSP ICM	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	23.726
Número de personas sin seguro	4.049
Profesionales y equipos de FSP ICM necesarios	Estimaciones
Número de profesionales necesarios para atender a la población total elegible	1.115
Número de equipos necesarios para atender a la población total elegible	223

2. Teniendo en cuenta las estimaciones de la población total elegible, la capacidad actual y prevista de la fuerza laboral y la asignación de fondos de la BHSA para FSP, indique el número total de equipos y de equivalentes a tiempo completo (FTE) (tanto proveedores operados por el condado como contratados) que el sistema de salud conductual del condado prevé utilizar (es decir, FTE actuales y nuevos) para brindar FSP ICM durante el período de este Plan Integrado, por año fiscal. El DHCS proporcionará más directrices y asistencia técnica (TA) para ayudar a los condados a completar estos campos.

Tabla 23 Número total de profesionales y equipos de FSP ICM

Datos reales del condado	AF 2026-2027	AF 2027-2028	AF 2028-2029
Número total de profesionales	400	800	1.115
Número total de equipos	80	160	223

Población elegible para Servicios Integrales de Alta Fidelidad (HFW)

1. Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla

Tabla 24 Número estimado de personas elegibles para HFW y número estimado de equipos necesarios para atender a la población total elegible

Población elegible para HFW	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	14.519
Número de personas sin seguro	2.902
Profesionales y equipos de HFW necesarios	Estimaciones
Número de profesionales necesarios para atender a la población total elegible	2.316
Número de equipos necesarios para atender a la población total elegible	579

1. Teniendo en cuenta las estimaciones de la población total elegible, la capacidad actual y prevista de la fuerza laboral y la asignación de fondos de la BHSA para FSP, indique el número total de equipos y de equivalentes a tiempo completo (FTE) (tanto proveedores operados por el condado como contratados) que el sistema de salud conductual del condado prevé utilizar (es decir, FTE actuales y nuevos) para brindar HFW durante el período de este Plan Integrado, por año fiscal. El DHCS proporcionará más directrices y asistencia técnica (TA) para ayudar a los condados a completar estos campos.

Tabla 25 Número total de profesionales y equipos de HFW

Datos reales del condado	AF 2026-2027	AF 2027-2028	AF 2028-2029
Número total de profesionales	2.316	2.316	2.316
Número total de equipos	579	579	579

¹Pendiente de las directrices estatales

Población elegible para el Modelo de Colocación e Intervención Individual (IPS)

1. Ingrese las estimaciones proporcionadas al condado en la siguiente tabla

Tabla 26 Número estimado de personas elegibles para IPS y número estimado de equipos necesarios para atender a la población total elegible

Población elegible para IPS	Estimaciones
Número de personas inscritas en Medi-Cal	3.172
Número de personas sin seguro	1.269
Profesionales y equipos de IPS necesarios	Estimaciones
Número de profesionales necesarios para atender a la población total elegible	222
Número de equipos necesarios para atender a la población total elegible	111

2. Teniendo en cuenta las estimaciones de la población total elegible, la capacidad actual y prevista de la fuerza laboral y la asignación de fondos de la BHSA para FSP, indique el número total de equipos y de equivalentes a tiempo completo (FTE) (tanto proveedores operados por el condado como contratados) que el sistema de salud conductual del condado prevé utilizar (es decir, FTE actuales y nuevos) para brindar IPS durante el período de este Plan Integrado, por año fiscal.

Tabla 27 Número total de profesionales y equipos de IPS

Datos reales del condado	AF 2026-2027	AF 2027-2028	AF 2028-2029
Número total de profesionales	74	148	222
Número total de equipos	37	74	111

Descripción general de la Asociación para Servicios Integrales (FSP)

Proporcione la siguiente información sobre el programa FSP de la BHSA del condado

1. **¿Alguno de los profesionales que el condado prevé utilizar (según las cifras estimadas anteriormente) será responsable de brindar más de una práctica basada en evidencia (EBP)?** Sí

- a. **Describa cómo los profesionales estimados brindarán más de una EBP:** Algunos profesionales de FSP, ACT y FACT también podrían recibir capacitación en IPS o en cualquier otra EBP que se considere adecuada para atender a la población. En los casos de ACT y FACT, se espera que el personal se dedique exclusivamente a estos programas, por lo que las EBP se aplicarían directamente a la población de ACT/FACT.

2. **Describa cómo el condado aplica un enfoque integral centrado en la persona y con perspectiva de trauma, en colaboración con las familias o los apoyos naturales del individuo:**

Los programas de la Asociación para Servicios Integrales (FSP) del condado de Los Ángeles son servicios integrales orientados a la recuperación, dirigidos a personas que no tienen hogar o están en riesgo de perderlo, y que padecen una enfermedad mental grave, a menudo con antecedentes de contacto con el sistema de justicia penal y hospitalizaciones recurrentes.

Los programas de FSP se diseñaron para atender a las personas en la comunidad en lugar de en hospitales estatales cerrados. Al involucrar a los usuarios de salud mental en su propia atención y brindar servicios adaptados a las necesidades individuales que ellos mismos manifiestan, las FSP pueden incorporar a la familia y a los sistemas de apoyo identificados por cada paciente durante la planificación del tratamiento.

El Departamento de Salud Mental (DMH) también garantiza que los proveedores empleen un enfoque integral y con perspectiva de trauma mediante la capacitación constante y el aseguramiento de que dichos enfoques se vean reflejados en las políticas institucionales.

3. **Describa los esfuerzos del condado para reducir las disparidades entre los participantes de FSP:**

El Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (LACDMH) participa en diversos esfuerzos para abordar y reducir las disparidades en el acceso a la atención de salud mental y en los resultados para las poblaciones desatendidas. Las estrategias e iniciativas clave incluyen, entre otras, priorizar la contratación de personal con capacidades lingüísticas que reflejen las necesidades de los pacientes, asociarse con proveedores con vocación de servicio que brinden una atención culturalmente competente, y fomentar el diálogo y la capacitación en competencia cultural. Las estrategias a nivel de todo el condado incluyen la competencia y receptividad cultural, así como promotores de salud mental para reducir el estigma en comunidades desatendidas mediante la concientización y el acceso a recursos. También se realizan esfuerzos de vinculación y difusión comunitaria para integrar los servicios de salud física, salud mental y consumo de sustancias. El LACDMH utiliza prácticas basadas en evidencia y prácticas basadas en evidencia definidas por la comunidad para mejorar la prestación de servicios a diversas poblaciones étnicas.

4. **Los siguientes son los objetivos que el Condado espera respaldar mediante la asignación de fondos de FSP:**

Acceso a la atención, a las personas en situación de calle, minimización del tiempo en entornos institucionales, reducción del contacto con el sistema judicial, disminución de la separación de menores de sus hogares, reducción de las afecciones de salud conductual no tratadas e incremento de la participación escolar.

5. Describa qué medidas o actividades está llevando a cabo el sistema de salud conductual del condado para brindar servicios de vinculación continua a las personas que reciben ICM de la FSP

Los programas de FSP del LACDMH emplean esfuerzos de vinculación persistente siempre que es posible para asegurar que estas poblaciones vulnerables se involucren e inscriban en el tratamiento. Una vez realizada la inscripción, el modelo de servicio exige que el equipo revise los casos periódicamente y que se brinde un mínimo de 4 servicios al mes, garantizando así una vinculación regular. Además, se utilizan la entrevista motivacional y otras prácticas para apoyar a las personas en su camino hacia la recuperación.

a. (Opcional) Los servicios de vinculación continua son un componente obligatorio de ACT, FACT, IPS y HFW. Describa cualquier servicio de vinculación continua que el sistema de salud conductual del condado brindará más allá de lo exigido por la práctica basada en evidencia (EBP)

Además de las estrategias mencionadas para la ICM de la FSP, el DMH cuenta con programas que realizan tareas de difusión proactiva para vincular o revincular a las personas con la atención. Esto incluye al equipo de Vinculación Móvil para Personas en Situación de Calle (HOME), así como al Programa de Difusión en Viviendas Provisionales (IHOP), el cual contacta proactivamente a personas que residen en entornos de vivienda de transición para integrarlas o reintegrarlas a los servicios.

6. Describa cómo cumplirá el condado con los niveles de atención obligatorios de la FSP (por ejemplo, mediante la transición de los equipos de ICM de la FSP a ACT, la creación de nuevos equipos de ACT o de nuevos equipos de ICM de la FSP, etc.)

El LACDMH ha implementado el uso del Sistema de Utilización de Niveles de Atención (LOCUS), una herramienta de evaluación estandarizada que sirve para determinar el nivel de atención adecuado para personas con trastornos de salud mental o de consumo de sustancias. El sistema LOCUS se utilizará en todos los programas y servicios del LACDMH, incluidos los niveles de atención de la FSP. Asimismo, el LACDMH ha completado una evaluación de necesidades para ACT/FACT, FSP ICM y HFW, y tiene previsto realizar la transición de los actuales proveedores de FSP hacia la prestación de FSP ICM y ACT. Planeamos incorporar a nuestros proveedores de manera gradual y evaluar la necesidad adicional de niveles de atención de la FSP a medida que avancemos. Si surge la necesidad, podríamos iniciar un proceso de licitación para ambos programas.

7. Indique si el programa de FSP del condado incluirá alguno de los siguientes servicios opcionales y permitidos:

- a. FSP para el trastorno por consumo de sustancias (SUD) primario:** No
- b. Actividades de difusión relacionadas con la inscripción en una FSP de personas con necesidades significativas de salud conductual (las actividades que correspondan a la iniciación asertiva de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en el campo se registrarán por separado en la siguiente sección):** Sí
 - i. Describa las actividades de difusión que el condado llevará a cabo para inscribir a personas con necesidades significativas de salud conductual en el programa de FSP del condado**

El condado de Los Ángeles cuenta con múltiples equipos de difusión; algunos

están financiados por el DMH y otros no, pero coordinan con el departamento para derivar a los pacientes. El DMH ha desarrollado un formulario universal de derivación que estos equipos comunitarios y de difusión para personas en situación de calle utilizan para solicitar servicios del departamento. El DMH también emplea herramientas de detección junto con los planes de atención administrada para asegurar el nivel de atención correcto en las derivaciones a salud mental especializada. Además, el departamento se asocia con entidades en entornos judiciales que derivan personas a la atención de la FSP y, finalmente, cuenta con enlaces hospitalarios que ayudan a derivar a los individuos al nivel de atención adecuado dentro del sistema de atención del DMH. El LACDMH dispone de equipos regionales de navegación encargados de conectar estas derivaciones con el proveedor de FSP más pertinente.

Además, el DMH posee programas que realizan una difusión proactiva para vincular o revincular a las personas con la atención, como el equipo de Vinculación Móvil para Personas en Situación de Calle (HOME) y el Programa de Difusión en Viviendas Provisionales, que contacta proactivamente a los residentes de viviendas de transición para vincularlos o revincularlos con los servicios.

c. Otros servicios orientados a la recuperación: Sí

- i. Describa los otros servicios orientados a la recuperación que incluirá el programa de la Asociación para Servicios Integrales (FSP)**
del condado: LACDMH ampliará el modelo de Colocación e Intervención Individual (IPS) como parte de la programación de la FSP para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves (SMI) a encontrar y mantener un empleo competitivo.

8. Si el programa de la FSP del condado incluye otros servicios no descritos anteriormente, enumérellos aquí. En el caso de los servicios basados en equipos, incluya el número de equipos.

El DMH está desarrollando programas basados en el modelo de Casa Club en todo el condado de Los Ángeles para complementar la atención.

9. ¿Qué medidas o actividades llevó a cabo el sistema de salud conductual del condado para considerar las necesidades particulares de los niños y jóvenes elegibles en el desarrollo del programa de la FSP del condado (por ejemplo, revisión de datos, vinculación con las partes interesadas, análisis de investigaciones, etc.) que se encuentran en las siguientes situaciones:

a. En el sistema de justicia juvenil o en riesgo de ingresar a este:

El DMH ha revisado los datos relacionados con los jóvenes en edad de transición que necesitan servicios bajo la FSP.

Asimismo, el departamento creó la Oficina de TAY y desarrolló un programa de FSP basado en el trabajo de campo que atiende específicamente a esta población y sus necesidades particulares. El DMH cuenta con un centro de acogida para jóvenes en edad de transición que permite una vinculación continua con jóvenes en riesgo. Además, el departamento dispone de una sólida programación en entornos de justicia juvenil financiada con fondos ajenos a la MHSA o la BHSA, y los jóvenes que requieren apoyo al ser dados de alta son derivados a la FSP tras su liberación.

b. Personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer y más (LGBTQ+)

Representantes de la comunidad LGBTQ+ y grupos de defensa participaron en el proceso de Planificación Comunitaria durante la presentación de los programas FSP, ACT y FACT.

c. **En el sistema de bienestar infantil**

El DMH revisó junto con las partes interesadas los datos de los niños y jóvenes en el sistema de bienestar infantil e identificó las zonas regionales donde los servicios son más necesarios. El departamento colabora estrechamente con el sistema de bienestar infantil para triar la atención y brindar servicios adaptados a las necesidades particulares de los menores que están en dicho sistema o en riesgo de ingresar a este. El DMH cuenta con un programa financiado con fondos ajenos a la MHSA o la BHSA llamado Cuidado de Crianza Especializado, el cual se asocia directamente con las oficinas regionales del DCFS para ofrecer detecciones y vinculación. Todos los proveedores de FSP brindan servicios de ICC e IHBS y recibirán capacitación para ofrecer HFW bajo la BHSA.

10. **¿Qué medidas o actividades llevó a cabo el sistema de salud conductual del condado para considerar las necesidades particulares de los adultos elegibles en el desarrollo de la FSP del condado (por ejemplo, revisión de datos, vinculación con las partes interesadas, análisis de investigaciones, etc.) que son...?**

- a. Adultos mayores: el DMH ha establecido contratos de FSP con proveedores con vocación de servicio que se especializan en la atención a la población de adultos mayores. Asimismo, el departamento transformará nuestro programa Genesis en FSP ICM; este programa se dedica específicamente a la difusión y se enfoca en adultos mayores que no pueden salir de sus hogares.
- b. Personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer y más (LGBTQ+): el DMH ha establecido contratos de FSP con proveedores con vocación de servicio que se especializan en la atención a la población LGBTQ+. El departamento continuará ampliando la prestación de servicios para este grupo en los próximos años.
- c. En el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este: El DMH ha formalizado contratos de FSP con proveedores con vocación de servicio especializados en la atención a personas vinculadas al sistema judicial. Además, mantenemos alianzas con la Oficina de Desvío y Reinserción para facilitar el egreso de las personas del sistema de justicia y apoyar su transición hacia una vivienda y su inscripción en el programa de FSP. Finalmente, el DMH cuenta con el programa de bienestar para hombres y mujeres, el cual se transformará en FSP ICM en el año fiscal 2026-2027. Este programa se dedica a atender a personas que salen del sistema judicial con el objetivo de promover su recuperación y prevenir la reincidencia.

Además, uno de los pilares fundamentales de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) es empoderar a los grupos étnicos y culturales subrepresentados y brindarles voz en el proceso de participación de las partes interesadas. El término **Comunidades Culturales Marginadas (UsCC)** se refiere a aquellas que históricamente no han recibido servicios, o bien han recibido una atención insuficiente o inadecuada en materia de salud mental. Como resultado de la MHSA, el LACDMH ha creado subcomités de UsCC para abordar las necesidades de comunidades étnicas y culturales específicas.

Estos subcomités de UsCC constituyen una parte esencial del proceso de participación comunitaria. Trabajan en estrecha colaboración con socios comunitarios y usuarios para aumentar la capacidad del sistema público de salud mental y desarrollar políticas y servicios de recuperación con competencia cultural específicos para las comunidades UsCC. Mediante nuestras reuniones mensuales periódicas con las partes interesadas, hemos compartido datos y presentado cómo la BHSA transformará el panorama de la FSP. A través de este proceso, hemos analizado las necesidades particulares de niños, adultos, adultos mayores, la población LGBTQ+ y aquellas personas vinculadas al sistema de justicia penal. Los análisis exhaustivos de los datos existentes y las

deliberaciones profundas han servido de base para el desarrollo del programa de FSP del condado.

Preguntas sobre la Iniciación Asertiva de Tratamientos para el Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) en el Campo

Para consultar la política relacionada, vea la sección [7.B.6, Iniciación asertiva de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en el campo](#)

1. **Describa el enfoque y los plazos del sistema de salud conductual del condado para respaldar e implementar los requisitos del programa de iniciación asertiva de servicios de tratamiento de SUD en el campo. Para ello, enumere los programas actuales y nuevos (según corresponda) que el condado aprovechará para cumplir con estos requisitos e indique la fuente de financiamiento actual, la expansión de servicios bajo la BHSA y el cronograma previsto para cumplir con las exigencias programáticas de ampliación de programas existentes o la puesta en marcha de nuevas iniciativas antes del 1 de julio de 2029. Los condados deben incluir programas que no estén financiados directa o exclusivamente con fondos de la BHSA. Puede encontrar información adicional sobre la iniciación asertiva en el campo para servicios de tratamiento de SUD en el [Capítulo 7, Sección B.6](#) del Manual de Políticas de la BHSA.**

El LACDMH trabaja en estrecha colaboración con el DPH SAPC para aprovechar los servicios de tratamiento de SUD existentes en todos los programas basados en el campo, incluida la FSP. El objetivo es garantizar que los pacientes tengan un acceso rápido al Tratamiento Asistido con Medicamentos (MAT) y promover un enfoque centrado en la persona que facilite el acceso a cuidados vitales, prevenga sobredosis y mejore la calidad de vida de quienes viven con trastornos por consumo de sustancias. El LACDMH ya ha capacitado en MAT a los proveedores de psiquiatría de gestión directa y tiene la intención de ampliar esta formación para aumentar el acceso a dicho tratamiento dentro de la FSP, bajo las modalidades de FSP ICM, ACT y FACT. Además, Los Ángeles cuenta con una sólida disponibilidad de servicios de MAT, incluida una línea directa que puede evaluar y prescribir medicamentos de inmediato, además de ofrecer vinculación con servicios de MAT continuos. El LACDMH priorizará la expansión de las capacidades de MAT dentro de los equipos, mientras ayuda a los proveedores a acceder a servicios comunitarios. El departamento ampliará la capacidad y la capacitación en MAT a partir del 1 de julio de 2026 para cumplir con los requisitos del programa de iniciación asertiva de servicios de SUD en el campo.

Tabla 28 Programas existentes para servicios de tratamiento de SUD mediante iniciación asertiva en el campo

Requisito	Programa existente	Descripción del programa	Fuente de financiamiento actual	Cambios de la BHSA en programas existentes para cumplir los requisitos de BHSA	Cronograma de operación previsto
Alcance específico	Servicios de SUD en el campo de gestión directa del DPH SAPC	Este equipo interdisciplinario del personal del condado de Los Ángeles se asocia con equipos de campo actuales	Aproximadamente \$3 millones anuales en fondos del DPH SAPC	Brinda consultoría a los equipos de campo existentes.	Comenzó en diciembre de 2025

Requisito	Programa existente	Descripción del programa	Fuente de financiamiento actual	Cambios de la BHSA en programas existentes para cumplir los requisitos de BHSA	Cronograma de operación previsto
		para asegurar que los residentes en situación de calle tengan acceso a servicios de SUD en lugares geográficos prioritarios.			
Programas móviles basados en el campo	Servicios de SUD en el campo de gestión directa del DPH SAPC	Este equipo interdisciplinario del personal del condado de Los Ángeles se asocia con equipos de campo actuales para asegurar que los residentes en situación de calle tengan acceso a servicios de SUD en lugares geográficos prioritarios.	Aproximadamente \$3 millones anuales en fondos del DPH SAPC	Brinda consultoría a los equipos de campo existentes.	Comenzó en diciembre de 2025
Clínicas de acceso abierto	Acceso a medicamentos para adicciones por telesalud bajo demanda	Proporciona acceso por telesalud bajo demanda a proveedores médicos que pueden evaluar y prescribir medicina para adicciones.	\$500.000 anuales provenientes de fondos de acuerdos por opioides	Opera un servicio de guardia atendido por médicos clínicos.	Comenzó en marzo de 2020

Tabla 29 Programas nuevos para servicios de tratamiento de SUD mediante iniciación asertiva en el campo

Requisito	Nuevos programas	Descripción del programa	Financiamiento previsto	Operaciones previstas	Cronograma de implementación esperado
Difusión focalizada	-----	-----	-----	-----	-----
Programas móviles basados en el campo	-----	-----	-----	-----	-----
Clínicas de acceso abierto	-----	-----	-----	-----	-----

Detalles de los Tratamientos Asistidos con Medicamentos (MAT)

1. Describa cómo evaluará el condado la brecha entre los recursos actuales de MAT del condado (incluidos programas y proveedores) y los recursos de MAT necesarios para cubrir las necesidades estimadas

Dicha brecha se evaluará mediante la revisión de las necesidades de tratamiento, basándose en los diagnósticos de los pacientes por trastornos por consumo de opioides (F11.), alcohol (F10.) y tabaco (F17.*), así como en la recepción de servicios farmacéuticos.

2. El condado implementará las siguientes prácticas para garantizar el acceso a MAT el mismo día:

- Contratar directamente a proveedores de MAT en el condado.
- Operar clínicas de MAT de gestión directa.
- Celebrar acuerdos de derivación con otros proveedores de MAT, incluidos aquellos cuyos servicios están cubiertos por los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal o por Medi-Cal de pago por servicio (FFS).
- Aprovechar modelos de telesalud.
- Otra estrategia: el plan para satisfacer esta necesidad incluye proporcionar financiamiento inicial a las clínicas certificadas por DMC ODS para la contratación de médicos clínicos. De este modo, estos centros contarán con personal médico capaz de brindar servicios de medicación para adicciones a los pacientes. Planeamos apoyar a las agencias que cuentan con médicos clínicos para que colaboren con aquellas que no disponen de este personal, permitiendo así una cobertura cruzada entre las entidades de tratamiento. Para los entornos donde dicho acceso aún no sea factible de forma inmediata, el DPH SAPC respalda una línea telefónica de acceso abierto que ofrece servicios de medicación para adicciones el mismo día.

3. Utilizando las estrategias indicadas anteriormente, el condado proporcionará las siguientes formas de MAT:

- Buprenorfina
- Metadona
- Naltrexona
- Otros:
 - Acamprosato
 - Disulfiram
 - Topiramato
 - Gabapentina
 - Baclofeno
 - Ondansetrón
 - Reemplazo de nicotina
 - Vareniclina
 - Bupropión
 - Benzodiazepinas
 - Barbitúricos
 - Anticonvulsivos
 - Bupropión
 - Mirtazapina
 - Topiramato
 - Metilfenidato
 - Dextroanfetamina/Anfetamina
 - Modafinilo
 - N acetilcisteína

Intervenciones en Vivienda

Planificación

Para consultar la política relacionada, vea las secciones [7.C.3, Prioridades del programa](#), y [7.C.4, Poblaciones elegibles y prioritarias](#).

Brechas del sistema

1. Identifique las brechas más significativas que enfrentan las personas en situación de calle y aquellas en riesgo de estarlo que padecen una afección de salud conductual y son elegibles para la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) en el condado. Utilice las siguientes definiciones para fundamentar su respuesta: Sin brecha: recursos y conectividad disponibles. Brecha pequeña: algunos recursos disponibles pero conectividad limitada. Brecha mediana: recursos mínimos y conectividad limitada disponibles. Brecha grande: recursos y conectividad limitados o nulos. No aplica: el condado no cuenta con el entorno y no considera que exista una brecha. Los condados deben consultar el [Censo de Inventario de Viviendas \(HIC\) de su Continuo de Atención \(CoC\)](#) local para responder a esta pregunta. [Para cada una, los condados deben seleccionar una opción del menú desplegable: sin brecha, brecha pequeña, brecha mediana, brecha grande].

Sin brecha	Brecha pequeña	Brecha mediana	Brecha grande
Unidades de vivienda accesorias, incluidas las unidades accesorias junior	Viviendas en comunidades de casas móviles	Apartamentos, incluidos los apartamentos con arrendamiento maestro	Vivienda de apoyo
Casas pequeñas (permanentes)	Unidades de ocupación de habitación individual (permanentes)	Viviendas unifamiliares y multifamiliares	Viviendas de recuperación o para una vida sobria (permanentes), incluidas las viviendas orientadas a la recuperación
	Unidades de ocupación de habitación individual (provisionales)	Estancias en hoteles y moteles	Viviendas de recuperación o para una vida sobria (provisionales), incluidas las viviendas orientadas a la recuperación
	Vivienda compartida	Respiro entre pares	Instalaciones de vida asistida (centros residenciales para adultos, centros residenciales para personas mayores y hogares de guarda y cuidados con licencia)
	Pensiones exentas de licencia	Cuidados de recuperación	Subsidios permanentes para el alquiler
	Vivienda posthospitalización a corto plazo		Servicios de apoyo para la vivienda
	Casas pequeñas (provisionales), cabañas para dormir de emergencia, unidades de estabilización de emergencia		
	Entornos grupales que cuentan con solo un número reducido de personas por habitación y suficiente espacio común (no incluye centros de tratamiento)		

	residencial de salud conductual)		
	Modelos de vivienda provisional no grupal		

2. **¿Qué recursos adicionales ajenos a la BHSA (por ejemplo, alianzas con el condado, vales, acuerdos para compartir datos) o fuentes de financiamiento utilizará el sistema de salud conductual del condado (a nivel local, estatal y federal) para ampliar la oferta o aumentar el acceso a la vivienda para las [personas elegibles según la BHSA](#)?**

- a. El DMH aprovecha una amplia gama de recursos de vivienda ajenos a la BHSA para ayudar a los clientes a conseguir opciones habitacionales. Estos incluyen los siguientes:
 - Vivienda de Puente para la Salud Conductual (BHBH) para estancias de corto a mediano plazo, que incluye vivienda provisional, asistencia para el alquiler y el programa de Atención Residencial Enriquecida (ERC) Plus.
 - Programa de Preservación y Expansión de la Atención Comunitaria: Pagos de subsidios operativos para centros de atención residencial con licencia a través del programa ERC del DMH.
 - La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias para centros de atención residencial con licencia a través del programa ERC del DMH y PATH para asistencia de vivienda, como depósitos de seguridad, mobiliario y servicios públicos en viviendas permanentes de apoyo.
 - Subsidios federales que incluyen el Continuo de Atención (CoC) y Vales de Elección de Vivienda a través de 11 contratos activos con la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Los Ángeles (HACLA) y la Autoridad de Desarrollo del Condado de Los Ángeles (LACDA). El DMH también tiene acuerdos con la HACLA para la Sección 8 para personas en situación de calle y Vivienda de Apoyo Basada en el Inquilino; sin embargo, estos recursos no están disponibles actualmente debido a un déficit presupuestario. Asimismo, el programa CoC está en riesgo debido a cambios en las prioridades federales del programa.
 - Inversiones de capital de la Ley de Servicios de Salud Mental en viviendas permanentes de apoyo (PSH) desde 2008.
 - Costo Neto del Condado para el Programa de Vivienda Provisional del DMH.
 - Reajuste Estatal de 2011 para el Programa de Asistencia para la Vivienda (HAP) del DMH.
 - Las inversiones de Homekey+ también aumentarán el acceso a la vivienda.
 - Recursos de Apoyos Comunitarios de CalAIM, incluyendo el Trío de Vivienda y el Alquiler de Transición (TR).
- b. El condado de Los Ángeles cuenta con el impuesto sobre las ventas de la Medida A y el programa estatal HHAP, que financian diversos recursos de vivienda a los que los clientes del DMH podrían acceder, según los criterios de elegibilidad. Además, los clientes del DMH pueden acceder a otros recursos de vivienda mediante diversas inversiones realizadas por las 85 ciudades de Los Ángeles (esto excluye las tres ciudades del área de Tri City).
- c. El DPH SAPC aprovecha una serie de recursos y alianzas ajenos a la BHSA para ampliar el acceso a la vivienda de las personas elegibles bajo dicha ley:
 1. Recursos locales:
 - Medida H/A: Financia vivienda provisional y Vivienda de Puente para la Recuperación (RBH) para personas en situación de calle con trastornos por consumo de sustancias (SUD). El DPH SAPC continúa abogando por financiamiento adicional para su expansión.

- Inversión Comunitaria Care First: Financia vivienda provisional y RBH para personas vinculadas al sistema de justicia en situación de calle con SUD.
- Otras fuentes de financiamiento combinadas, incluyendo la Asistencia General.

2. Recursos estatales

- Proyecto Homekey+: proporciona financiamiento para apoyar el desarrollo de viviendas permanentes de apoyo para veteranos y personas en riesgo de estar o que ya se encuentran en situación de calle y que presentan desafíos de salud mental o consumo de sustancias. El condado de Los Ángeles y los desarrolladores asociados han solicitado la subvención, incluyendo unidades dedicadas a individuos o familias con afecciones de salud conductual, y están a la espera de las notificaciones de adjudicación por parte del estado.
- Vivienda de Puente para la Salud Conductual (BHSA): financiamiento para operar entornos de vivienda puente con el fin de abordar las necesidades habitacionales inmediatas de las personas en situación de calle que tienen afecciones graves de salud conductual, incluyendo enfermedades mentales graves (SMI) o trastornos por consumo de sustancias (SUD). El programa BHBH está alineado estratégicamente con los objetivos de la BHSA y atiende directamente a las poblaciones elegibles bajo esta ley.
- Otras fuentes de financiamiento combinadas, incluyendo el Proyecto de Ley de la Asamblea 109 y el programa de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California

3. Recursos federales

- Subvención en Bloque para Servicios de Prevención, Tratamiento y Recuperación del Abuso de Sustancias (SUBG): financiamiento para respaldar los servicios de SUD directamente o mediante la contratación de proveedores locales. El objetivo del programa SUBG es ayudar a planificar, implementar y evaluar actividades para la prevención y el tratamiento de los SUD. Estos fondos pueden utilizarse para servicios de SUD, incluida la Vivienda de Puente para la Recuperación (RBH).
- Alquiler de Transición: este programa brindará cobertura para el alquiler y vivienda temporal como un servicio de Medi-Cal, con el fin de apoyar a los beneficiarios en situación de calle o en riesgo de estarlo. El SAPC utilizará este beneficio de Medi-Cal para los residentes de RBH.

4. Intercambio de datos

- El DPH SAPC y los socios del condado utilizan plataformas como el Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (HMIS) de LAHSA para coordinar la atención y mejorar la precisión en la asignación de viviendas.

3. **¿Cómo se articularán las intervenciones de vivienda de la BHSA con esos otros recursos y apoyos para fortalecer o ampliar el continuo de apoyos habitacionales disponibles para las personas elegibles según la BHSA?**

Muchos de los recursos de vivienda ajenos a la BHSA enumerados anteriormente se combinan actualmente con fondos de la MHSA y se integrarán con el financiamiento de la BHSA, utilizándose en coordinación con otros proveedores y entidades gubernamentales. Por ejemplo, la vivienda provisional del DMH combinará fondos de la BHSA, del Alquiler de Transición de CalAIM y de BHBH hasta que este último finalice. Los clientes que residen en viviendas provisionales y aquellas financiadas mediante la mayoría de las intervenciones de

vivienda de la BHSA también reciben servicios especializados de salud mental a través de la BHSA, así como servicios especializados de SUD financiados por otras fuentes. Además, el modelo de servicios integrales de las viviendas permanentes de apoyo (PSH) en Los Ángeles incluye servicios especializados de salud mental financiados por la BHSA, servicios especializados de SUD con financiamiento externo, Servicios de Mantenimiento de la Tenencia (TSS) de CalAIM y Servicios de Gestión Intensiva de Casos (ICMS) financiados por la Medida A a través del Departamento de Servicios de Vivienda para Personas sin Hogar (HSH). También incluye los Servicios de Vinculación y Navegación para Clientes (CENS) y la Vivienda de Puente para la Recuperación a través del Departamento de Salud Pública, Prevención y Control del Abuso de Sustancias (DPH SAPC), que cuenta con diversas fuentes de financiamiento. Además, las PSH incluyen subsidios de alquiler financiados por la BHSA, la Medida A o vales basados en proyectos a través de la autoridad de vivienda local. El financiamiento de SAMHSA para la atención residencial enriquecida (ERC) se combina con fondos de la BHSA y del CCE. Los fondos de HK+ se integran con capital o subsidios de alquiler de la BHSA y otros fondos municipales y del condado destinados a los mismos fines. El financiamiento del Reajuste de 2011 para el HAP se combina con la BHSA y los Depósitos de Vivienda de CalAIM. Otras áreas de integración incluyen procesos y vías de derivación conjunta establecidos con otros financiadores para tipos de vivienda similares, como la vivienda provisional, la ERC y las PSH, incluido el Sistema de Entrada Coordinada (CES). Además, el DMH y el DPH SAPC aprovecharán los contratos de Alquiler de Transición del HSH con los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP) y su Fondo Común de Subsidios Flexibles para la Vivienda (FHPS) para implementar el programa de TR y los depósitos de vivienda. El HSH, el DMH y el DPH SAPC mantienen reuniones con los MCP para aprovechar estos beneficios de Medi-Cal y están estableciendo memorandos de acuerdo, además de desarrollar flujos de trabajo para derivaciones, pagos y otras prácticas. El DPH SAPC busca fortalecer la integración con la vivienda provisional y de recuperación, además de establecer el acceso a viviendas permanentes de apoyo para personas con SUD.

4. ¿Cuál es la estrategia general del sistema de salud conductual del condado para promover la colocación en viviendas permanentes y la permanencia en ellas de las personas que reciben intervenciones de vivienda de la BHSA?

El DMH emplea un enfoque multifacético para promover la colocación en viviendas permanentes y la permanencia en ellas de las personas que reciben intervenciones de vivienda de la BHSA. Este enfoque incluye inversiones significativas en recursos de vivienda permanente a través del FHSP local, como centros de atención residencial con licencia y viviendas permanentes de apoyo (PSH). También contempla esfuerzos deliberados para identificar a los clientes del DMH en situación de calle, desarrollar planes de vivienda a corto y largo plazo, y apoyar a los pacientes en la obtención de una vivienda adecuada. El acceso a los recursos habitacionales del DMH se realiza a través de los administradores de casos en todo el sistema, quienes conectan a sus clientes con los apoyos de vivienda administrados por el departamento. El DMH refuerza este proceso mediante capacitaciones, una reunión mensual de enlaces de vivienda y directrices claras en su sitio web público sobre los recursos disponibles y cómo acceder a ellos.

En cuanto a los recursos de PSH financiados por la BHSA, el DMH ha realizado inversiones en los siguientes programas: 1) el Programa de Asistencia para el Alquiler (RAP), que prioriza a personas que no son elegibles para subsidios federales de vivienda debido a su contacto con el sistema judicial o su estatus legal; 2) Vivienda para la Salud Mental (HFMH), que se asigna a programas específicos de la Asociación para Servicios Integrales (FSP) y prioriza a individuos con necesidades de alta agudeza y a quienes no califican para subsidios federales; 3) Vivienda para una Vida Adulta Empoderada (HEAL), que apoya a personas que residen en centros de atención residencial con licencia que ya no requieren ese nivel de cuidado y buscan hacer la transición a apartamentos subsidiados, pero no califican para subsidios federales; 4)

Homekey+, para el cual se utiliza el financiamiento de intervenciones de vivienda de la BHSA como contrapartida local para respaldar subsidios de alquiler de PSH basados en proyectos, administrados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California; y 5) el Programa de Asistencia para la Vivienda (HAP), que apoya la transición de las personas desde la situación de calle hacia las PSH cubriendo los depósitos de seguridad y de servicios públicos, además de proporcionar artículos esenciales para el hogar, como muebles.

Además de estas inversiones en vivienda permanente, el DMH también administra el Programa de ERC, el cual proporciona subsidios de alquiler y tarifas de servicios mejoradas para los clientes del departamento que residen en centros de atención residencial con licencia, que carecen de ingresos suficientes para cubrir la tarifa completa de Atención No Médica Fuera del Hogar (NMOHC) y que tienen necesidades de servicios complejas.

El DMH participa activamente en el Sistema de Entrada Coordinada (CES) del condado de Los Ángeles, el cual se utiliza para priorizar la asignación de recursos habitacionales a personas en situación de calle. A través del CES, se evalúa a los individuos para determinar su nivel de agudeza y el tipo de apoyo de vivienda que requieren. Cuando se indica la necesidad de una PSH, los administradores de casos completan la herramienta de evaluación del CES conocida como Herramienta de Evaluación de Vivienda de Los Ángeles (LA HAT) e ingresan los datos en el Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (HMIS). Los administradores de casos también se aseguran de que los clientes tengan su documentación lista, lo que significa que la identificación requerida y la documentación del Seguro Social se carguen en el HMIS. Esto, de acuerdo con la política del CES, permite que los clientes sean incluidos en la lista de espera del sistema.

Para los clientes que participan en el IHP del DMH, el departamento exige que los proveedores de dicho programa brinden servicios de navegación de vivienda, desarrollen planes de vivienda individualizados a largo plazo y presenten informes mensuales sobre el estado habitacional de cada cliente. Estos informes incluyen las puntuaciones del CES, el estado de preparación de la documentación y si el cliente ha sido vinculado a un recurso de PSH. El equipo administrativo del IHP del DMH revisa estos informes para confirmar que los clientes estén debidamente inscritos en el CES y para apoyar la navegación hacia colocaciones adecuadas en PSH.

Además de brindar servicios de salud mental especializada (SMHS), que incluyen asistencia para acceder a la vivienda mediante las intervenciones de vivienda de la BHSA, el DMH continúa ofreciendo SMHS una vez que los clientes están alojados para respaldar la permanencia en la vivienda y los objetivos generales de recuperación.

La estrategia del DPH SAPC para promover la colocación en viviendas permanentes y la retención de las mismas para los participantes de las intervenciones de vivienda de la BHSA se basa en estos pilares fundamentales:

1. Modelo de vivienda de baja barrera con integración de salud conductual
El condado garantiza que las personas puedan acceder a la vivienda sin que se les exija sobriedad o el cumplimiento de un tratamiento, integrando el tratamiento voluntario de SUD con las opciones de vivienda.
2. Colaboración entre agencias e intercambio de datos
El DPH SAPC colabora estrechamente con el DMH, LAHSA, el DHS y Housing for Health para coordinar la atención y las asignaciones de vivienda, cumpliendo con las leyes y normativas estatales y federales aplicables, incluido el uso del HMIS.
3. Navegación de vivienda y gestión de casos
Mediante el financiamiento de BHBH, las agencias contratadas ayudan a las personas en Vivienda de Puente para la Recuperación (RBH) y Vivienda de Recuperación (RH) con la búsqueda de unidades, negociaciones con propietarios, apoyo con los contratos de arrendamiento y la obtención de una vivienda estable al momento del alta.
4. Permanencia en la vivienda mediante apoyo integral

Una vez alojados, los clientes pueden seguir recibiendo servicios de salud conductual basados en el campo, lo que incluye tratamiento ambulatorio de SUD, servicios de recuperación y apoyo de pares para mantener la estabilidad habitacional.

5. Mejora continua de la calidad y monitoreo de resultados

El DPH SAPC realiza auditorías periódicas, utiliza los comentarios de los clientes y participa en grupos de aprendizaje colaborativo para perfeccionar las estrategias de vivienda y cerrar las brechas en los servicios.

5. **¿Qué medidas o actividades está llevando a cabo el sistema de salud conductual del condado para conectar a las personas elegibles según la BHSA con las viviendas permanentes de apoyo (PSH) y para respaldar estas viviendas (por ejemplo, subsidios de alquiler para personas que residen en proyectos de PSH, subsidios operativos para proyectos de PSH, prestación de servicios de apoyo a personas en otros entornos de vivienda permanente, financiamiento para el desarrollo de capital para PSH)?**

A partir de las estrategias e inversiones descritas en las preguntas 2, 3 y 4, el DMH ha invertido más de \$1.000 millones en el desarrollo de capital de PSH para personas en situación de calle con enfermedades mentales graves (SMI) en todo el condado de Los Ángeles. Estas inversiones se han realizado a través de: No Place Like Home (NPLH), el Programa de Viviendas para Necesidades Especiales (SNHP), el Programa de Vivienda de la MHSA, el Programa de Vivienda de Salud Mental y el Modelo de Financiamiento Alternativo. Hasta la fecha, estas inversiones han respaldado 165 desarrollos habitacionales basados en proyectos, lo que ha dado como resultado 4.726 unidades de PSH que van desde estudios hasta apartamentos de cuatro dormitorios. Además, el DMH proporciona subsidios operativos en desarrollos seleccionados a través de la Reserva de Subsidios Operativos Capitalizados (COSR) del Programa de Vivienda de la MHSA, administrada por la Agencia de Financiamiento de Vivienda de California y mediante el programa RAP del DMH.

Estos desarrollos de vivienda se ubican en las ocho Áreas de Planificación de Servicios del condado de Los Ángeles e incluyen unidades dedicadas a jóvenes en edad de transición, adultos mayores, veteranos, adultos y familias. Para continuar con esta labor bajo el Programa Homekey+ de la Propuesta 1, el LACDMH comprometió recientemente \$30 millones de los fondos de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) para inversiones de capital, junto con \$15 millones anuales durante cinco años para respaldar los subsidios de alquiler. Estos compromisos servirán como la contrapartida local para los desarrolladores que busquen financiamiento a través del Aviso de Disponibilidad de Fondos de Homekey+ publicado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California.

Todos estos recursos habitacionales se asignan a los clientes elegibles a través del CES. El DMH es un socio fundamental en el sistema CES y ocupa un puesto en el Consejo de Políticas del CES, el cual desarrolla normativas de acuerdo con los requisitos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los EE. UU. Asimismo, el DMH colabora estrechamente con otros financiadores de PSH para coordinar las inversiones, la supervisión y el monitoreo de los programas. El DMH brinda servicios de salud mental especializada (SMHS) a las personas que residen en sus unidades financiadas por PSH a través de su Programa de Servicios de Apoyo para la Vivienda, el cual está realizando la transición a una FSP ICM bajo la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA). Estos servicios se prestan en coordinación con los ICMS financiados a través del HSH del condado de Los Ángeles y los CENS del DPH SAPC. En conjunto, estos servicios respaldan la recuperación de los residentes, su estabilidad habitacional y su integración comunitaria. El DMH se reúne periódicamente con los departamentos asociados del condado para supervisar este modelo integral e intervenir cuando surgen problemas en los edificios de PSH, abordando cualquier situación que pudiera poner en riesgo la vivienda de los clientes o el entorno de convivencia general.

Además, el DMH mantiene actualmente 11 contratos activos con las dos autoridades de vivienda pública más grandes del condado de Los Ángeles, HACLA y LACDA, para administrar los recursos del CoC y de la Sección 8. Estos recursos basados en el inquilino se asignan a través del CES. El DMH determina la elegibilidad de todas las personas vinculadas a estos subsidios, apoya a los clientes durante el proceso de firma del contrato de arrendamiento y brinda servicios de retención. Asimismo, el DMH ocupa un puesto en la Junta del CoC y trabaja en estrecha colaboración con LAHSA, que administra el CoC más grande del país.

El DPH SAPC participa activamente en múltiples estrategias para conectar a las personas elegibles según la BHSA (especialmente aquellas con SUD y en situación de calle) con viviendas permanentes de apoyo (PSH) y servicios. Estos esfuerzos se basan en alianzas entre agencias del condado y proveedores comunitarios, y están diseñados para abordar tanto las necesidades clínicas como las de estabilidad habitacional.

1. Conexión con PSH y navegación de vivienda

- Los proveedores contratados por el DPH SAPC ofrecen servicios de navegación de vivienda a los clientes en Vivienda de Puente para la Recuperación (RBH) y Vivienda de Recuperación (RH), lo que incluye apoyo para acceder al Sistema de Entrada Coordinada y vinculación con entornos de vivienda permanente, así como la conexión con subsidios de alquiler a través de las autoridades de vivienda y agencias asociadas.

2. Servicios de apoyo para personas en vivienda permanente

- El DPH SAPC financia servicios continuos de tratamiento ambulatorio de SUD y apoyo a la recuperación que pueden seguir acompañando a los clientes en sus viviendas permanentes mediante servicios basados en el campo. Los servicios incluyen asesoramiento, coordinación de la atención, prevención de recaídas y asistencia con los beneficios, lo que respalda tanto la recuperación como la permanencia en la vivienda.
- El DPH SAPC se asocia con proveedores de PSH para brindar servicios de SUD en el lugar donde sea necesario y compromete la capacidad de los proveedores para apoyar a los residentes a largo plazo. Esto garantiza la continuidad de la atención y servicios integrales que promueven la estabilidad habitacional de las personas elegibles según la BHSA.

Estos esfuerzos forman parte de una estrategia interinstitucional más amplia para integrar el tratamiento de salud conductual y los apoyos de vivienda para las poblaciones vulnerables.

6. Describa cómo el sistema de salud conductual del condado garantizará que todos los entornos de intervenciones de vivienda brinden acceso a atención clínica y de apoyo para la salud conductual, así como a servicios de vivienda.

Respuesta del DMH:

- a. El DMH implementa el modelo Housing First en sus programas de vivienda. La mayoría de los clientes derivados a los entornos de intervenciones de vivienda de la BHSA ya reciben activamente SMHS ambulatorios. Para quienes no los reciben, el DMH los vincula activamente con dichos servicios para asegurar que cuenten con los apoyos necesarios para manejar su SMI y lograr estabilidad habitacional. Para facilitar el acceso, los servicios se brindan a menudo en el lugar o mediante actividades de difusión en el campo. A fin de garantizar un acceso constante a la atención clínica y de apoyo para la salud conductual, así como a los servicios de vivienda en todas las intervenciones de vivienda, el DMH implementará las siguientes medidas:
- b. Proporcionar pautas programáticas y de vivienda que incluyan información sobre los servicios de apoyo que los proveedores del DMH deben ofrecer a los clientes que acceden a las intervenciones de vivienda de la BHSA. Esto incluye anexos de servicios de programas claros que especifiquen el apoyo de vivienda y salud conductual que brindarán, las funciones del personal, los procesos para ayudar a los clientes a acceder a la vivienda, la forma en que se realizan los pagos, las pautas y procedimientos sobre

cómo el personal clínico y del lugar presta servicios a los clientes, los requisitos para las visitas domiciliarias, las políticas sobre transferencias directas y los parámetros de colaboración con otros proveedores de servicios, incluidos los de los planes de atención administrada para la Gestión de Atención Mejorada y los Apoyos Comunitarios.

- c. Brindar a los clientes y a los proveedores del DMH información sobre cómo acceder a la atención las 24 horas del día.
- d. Realizar una planificación de atención integrada para compartir información, protegiendo al mismo tiempo los datos de salud del cliente.
- e. Brindar asistencia técnica a los operadores de vivienda para garantizar el cumplimiento de las normativas de la BHSA y ofrecer orientación a los propietarios y clientes sobre estrategias para promover la estabilidad y retención de la vivienda.
- f. Realizar controles de garantía de calidad para monitorear el desempeño e implementar acciones correctivas según sea necesario.

Respuesta del DPH SAPC:

El DPH SAPC se compromete a garantizar que todos los entornos de intervención de vivienda, ya sean provisionales o permanentes, ofrezcan un acceso oportuno y coordinado al tratamiento clínico de SUD y a los servicios de apoyo para la salud conductual y la vivienda. Esto se logra a través de un enfoque de múltiples niveles que integra la prestación de servicios basada en el campo, la colaboración interdepartamental y el apoyo para la navegación del sistema. El DPH SAPC emplea un modelo basado en el campo para llevar el tratamiento ambulatorio de SUD y los servicios de apoyo directamente a los entornos de vivienda. Estos servicios incluyen difusión, vinculación, derivación a tratamiento e intervenciones para personas en riesgo de recaída o sobredosis. En colaboración con el Departamento de Servicios de Salud (DHS) y el Departamento de Salud Mental (DMH), el DPH SAPC trabaja para asegurar que la atención integral esté disponible tanto en las viviendas permanentes de apoyo como en los entornos de vivienda provisional. Los navegadores de vivienda desempeñan un papel fundamental en este sistema, ya que ayudan a los clientes en la Vivienda de Puente para la Recuperación (RBH) y la Vivienda de Recuperación (RH) a conectarse con viviendas a largo plazo y servicios esenciales de salud conductual. Además, el DPH SAPC brinda capacitación y asistencia técnica a los proveedores de vivienda contratados para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades de salud conductual. Los temas incluyen reducción de daños, respuesta a sobredosis, atención con perspectiva de trauma y prácticas de vivienda orientadas a la recuperación. Estas capacitaciones están disponibles para los proveedores del SAPC, otros departamentos del condado y socios comunitarios.

Poblaciones elegibles

1. Describa cómo el sistema de salud conductual del condado identificará, evaluará y derivará a las personas elegibles para las intervenciones de vivienda de la BHSA

El DMH se apoya principalmente en su red de proveedores para identificar, evaluar y derivar a las personas elegibles para las intervenciones de vivienda de la BHSA. Además, el DMH colabora con muchos otros socios del sistema de servicios para personas en situación de calle en todo el condado para identificar a individuos sin hogar que puedan padecer una enfermedad mental grave (SMI). El DMH ofrece varios puntos de acceso para los servicios de salud mental especializada (SMHS), entre ellos:

- a. El sitio web público del DMH incluye un directorio interactivo de proveedores: <https://dmh.lacounty.gov/pd/>
- b. Centros de acceso que funcionan las 24 horas del día, los 7 días de la mayor parte de la semana para determinar la elegibilidad.
- c. Portal de Solicitud Universal. Desarrollado inicialmente para que los trabajadores de difusión para personas en situación de calle de la ciudad de Los Ángeles

derivaran a sus clientes al DMH, este portal se ha ampliado para incluir a otros proveedores de servicios para personas sin hogar, así como a socios municipales y del condado. Los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal pueden utilizar este Formulario de Solicitud Universal para identificar a personas que podrían ser elegibles para la BHSA.

- d. Todas las derivaciones se clasifican para determinar la elegibilidad para BHSA y para determinar el nivel de atención adecuado. Los clientes elegibles son derivados al programa pertinente, generalmente una FSP, que opera en el campo. Los proveedores de servicios del DMH contactan entonces al cliente, lo vinculan con los SMHS, evalúan tanto las necesidades de tratamiento como las de vivienda y lo apoyan en el acceso a una vivienda adecuada.
- e. El DMH cuenta con equipos de Vinculación Móvil para Personas en Situación de Calle (HOME): atienden a personas con las necesidades más agudas que se encuentran sin hogar y padecen SMI, brindando difusión, vinculación y apoyo para la vivienda. El DMH también dispone de otros equipos especializados de difusión que se enfocan en la población sin hogar, incluidos los equipos de la Ley CARE, Servicios para Veteranos y Familias Militares, Programas de Acceso y Vinculación en Bibliotecas, Skid Row Concierge, Hollywood 2.0, el Programa de Difusión en Viviendas Provisionales y programas de reinserción que realizan actividades de difusión entre la población sin hogar para evaluar la elegibilidad de la BHSA y las necesidades de vivienda.
- f. Para todas las derivaciones a recursos habitacionales financiados por las intervenciones de vivienda de la BHSA, la División de Vivienda del DMH confirma la elegibilidad según la ley, lo que incluye el seguimiento del estado de falta de vivienda para asegurar que el 50% del financiamiento se destine a personas que cumplen con los criterios de situación de calle crónica. La División de Vivienda del DMH también seguirá flujos de trabajo para derivar a los clientes a intervenciones de vivienda financiadas a través de otros beneficios de Medi-Cal, como el Alquiler de Transición de Apoyos Comunitarios y el Trío de Vivienda, antes de utilizar los fondos de la BHSA. Este proceso requerirá actualizaciones significativas en los formularios de derivación, los flujos de trabajo y los sistemas de bases de datos.

El DPH SAPC desempeña un papel fundamental para garantizar que las personas con trastornos por consumo de sustancias que se encuentran en situación de calle o en riesgo de estarlo se conecten con los recursos habitacionales adecuados a través de la navegación de vivienda y los fondos de asistencia para participantes. También se conecta a las personas con recursos de tratamiento para el abuso de sustancias (SUD), según sea necesario y de acuerdo con el nivel de atención recomendado (por ejemplo, atención ambulatoria, manejo de la abstinencia, servicios residenciales). La identificación, evaluación y derivación de las personas elegibles para las intervenciones de vivienda de la BHSA y los servicios de apoyo se realizarán en todos los puntos de acceso a servicios de SUD, incluidos:

- La Línea de Ayuda para Servicios de Salud Mental y Consumo de Sustancias: un centro de llamadas gratuito que funciona las 24 horas del día con profesionales capacitados para evaluar y vincular a quienes llaman con las agencias de tratamiento de SUD adecuadas.
- Servicios de Vinculación y Navegación para Clientes (CENS): personal presencial que puede realizar tareas de difusión, vinculación, evaluaciones y derivaciones a tratamientos de SUD y servicios complementarios, incluidas intervenciones de vivienda e intervenciones para personas en riesgo.
- Proveedor directo de SUD: las personas pueden acceder al tratamiento de SUD contactando directamente a una agencia. Todas las agencias de tratamiento pueden identificar, evaluar y derivar a las personas elegibles para las

intervenciones de vivienda.

2. **¿Brindará el sistema de salud conductual del condado intervenciones de vivienda financiadas por la BHSA exclusivamente a personas que presentan un trastorno por consumo de sustancias (SUD)? Sí**

3. **¿Qué medidas o actividades llevó a cabo el sistema de salud conductual del condado para considerar las necesidades particulares de los niños y jóvenes elegibles en el desarrollo de los servicios de intervenciones de vivienda del condado (por ejemplo, revisión de datos, vinculación con las partes interesadas, análisis de investigaciones, etc.) que se encuentran en las siguientes situaciones...?**

a. **En el sistema de justicia juvenil o en riesgo de ingresar a este:** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los niños y jóvenes elegibles en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos que representan a personas que están en el sistema de justicia juvenil o en riesgo de ingresar a este.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de 1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó un segundo foro el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se llevaron a cabo debates en grupos pequeños centrados en las necesidades específicas de las personas que se encuentran en el sistema de justicia juvenil o en riesgo de ingresar a este. En la reunión del BHSA CPT del 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes adicionales para las secciones correspondientes del Plan Integrado de la BHSA.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador completo de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026, con el fin de obtener comentarios adicionales antes del período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

b. **Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Queer y más (LGBTQ+):** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la

comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los niños y jóvenes elegibles en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos que representan a personas LGBTQ+.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de 1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó un segundo foro el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se realizaron debates en grupos pequeños enfocados en las necesidades específicas de las personas LGBTQ+. En la reunión del BHSA CPT del 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes adicionales para las secciones correspondientes del Plan Integrado de la BHSA.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador completo de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026, con el fin de obtener comentarios adicionales antes del período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

- c. **En el sistema de bienestar infantil:** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los niños y jóvenes elegibles en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos de partes interesadas que representan a personas dentro del sistema de bienestar infantil.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus

reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de 1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó un segundo foro el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se realizaron debates en grupos pequeños enfocados en las necesidades específicas de las personas dentro del sistema de bienestar infantil. En la reunión del BHSA CPT del 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes adicionales para las secciones correspondientes del Plan Integrado de la BHSA.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador completo de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026, con el fin de obtener comentarios adicionales antes del período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

4. **¿Qué medidas o actividades llevó a cabo el sistema de salud conductual del condado para considerar las necesidades particulares de los adultos elegibles en el desarrollo de los servicios de intervenciones de vivienda del condado (por ejemplo, revisión de datos, vinculación con las partes interesadas, análisis de investigaciones, etc.) que pertenecen a los siguientes grupos...?**

- a. **Adultos mayores:** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los adultos mayores, las personas que están en el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este y las personas de comunidades desatendidas en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos que representan a los adultos mayores.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de

1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó una sesión interactiva y participativa el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se realizaron debates en grupos pequeños enfocados en las necesidades específicas de los adultos mayores. Además, el 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes sobre secciones adicionales.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026. Se recibirán comentarios adicionales durante el período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

- b. **En el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este:** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los adultos mayores, las personas que están en el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este y las personas de comunidades desatendidas en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos que representan a personas que están en el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de 1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó una sesión interactiva y participativa el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se llevaron a cabo debates en grupos pequeños centrados en las necesidades específicas de las personas que se encuentran en el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este. Además, el 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes

sobre secciones adicionales.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026. Se recibirán comentarios adicionales durante el período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

- c. **En comunidades desatendidas:** el condado implementó un proceso de cuatro pasos para involucrar a diversos sectores de la comunidad con el fin de considerar las necesidades particulares de los adultos mayores, las personas que están en el sistema de justicia o en riesgo de ingresar a este y las personas de comunidades desatendidas en el desarrollo de las intervenciones de vivienda del condado.

El primer paso consistió en formar un equipo de planificación comunitaria compuesto por múltiples partes interesadas (BHSA CPT) para aportar ideas y comentarios para el Plan Integrado de la BHSA IP. Con más de 130 miembros, el BHSA CPT incluyó grupos de partes interesadas que representan a personas de comunidades desatendidas.

El segundo paso fue involucrar a los miembros del BHSA CPT para identificar las necesidades de vivienda no satisfechas y las brechas en los servicios de vivienda. Tras revisar los componentes del Continuo de Atención en Salud Conductual local el 8 de abril de 2025, los miembros del BHSA CPT identificaron necesidades no satisfechas y brechas en los servicios relacionados con las intervenciones de vivienda en sus reuniones del 25 de abril y 13 de mayo de 2025. El 8 de julio de 2025, los miembros del BHSA CPT revisaron los datos del DHCS sobre las disparidades relacionadas con la falta de vivienda en el condado de Los Ángeles, destacaron los factores que impulsan estas disparidades e identificaron posibles soluciones.

El tercer paso fue solicitar aportes específicos sobre las intervenciones de vivienda de BHSA a través de dos foros interconectados para los miembros del BHSA CPT y otras partes interesadas de la comunidad. En el primer foro, realizado el 29 de septiembre de 2025 de 1:00 a 4:00 p. m., el condado presentó un panorama general de los recursos y políticas de vivienda locales, incluyendo el Indicador A, los beneficios de vivienda vinculados a los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal, los servicios de salud mental y de SUD para personas en situación de calle y las normativas de la BHSA para las intervenciones de vivienda.

Con esta información fundamental como base, el condado organizó una sesión interactiva y participativa el 17 de octubre de 2025, de 9:30 a 12:30, para solicitar aportes sobre secciones clave del apartado de intervenciones de vivienda de la BHSA. Durante este foro, se realizaron debates en grupos pequeños enfocados en las necesidades específicas de las personas de comunidades desatendidas. Además, el 18 de noviembre de 2025, el condado compartió un resumen de las contribuciones de las partes interesadas obtenidas en los foros de intervenciones de vivienda, presentó un panorama general de dichas intervenciones y obtuvo aportes sobre secciones adicionales.

El cuarto paso consistió en compartir el borrador de la sección de intervenciones de vivienda del BHSA IP en el foro del BHSA CPT el 20 de enero de 2026. Se recibirán comentarios adicionales durante el período de publicación de 30 días y la audiencia pública.

Vinculación con el sistema de vivienda local

- 3. **¿Cómo coordinará el sistema de salud conductual del condado con el Continuo de Atención (CoC) y de qué manera recibirá las derivaciones para los servicios de intervenciones de vivienda?**

El DMH cuenta con una larga trayectoria de trabajo con los cuatro CoC del condado de Los Ángeles (Long Beach, Pasadena, Glendale y Los Ángeles) y recibe derivaciones para vivienda

a través del CES. Los cuatro CoC participan junto con el DMH en el Consejo de Políticas del CES, donde colaboran en el desarrollo de sus normativas. Entre los cuatro, LAHSA, una entidad de poderes conjuntos de la ciudad y el condado de Los Ángeles, es la más grande y actúa como líder del CES. LAHSA es responsable de gestionar la lista de espera del CES y de asignar la mayoría de los recursos de PSH. El DMH trabaja estrechamente con LAHSA y HSH para coordinar los servicios del sistema para personas en situación de calle, lo que incluye vivienda provisional, difusión y PSH. Además de recibir derivaciones del CES por parte del CoC, el DMH recibe derivaciones de otros socios del sistema, como el HSH. El DMH participa en numerosas reuniones periódicas de coordinación con socios del sistema para alinear recursos, maximizar la utilización de los medios habitacionales, abordar los desafíos del sistema, resolver problemas y minimizar la duplicación de esfuerzos. Estas reuniones incluyen el Comando Central de Vivienda, Socios del Sistema de Servicios y las reuniones mensuales de Socios de Vivienda Provisional.

En cuanto a las derivaciones para vivienda provisional, el DMH lleva a cabo reuniones diarias de Control de Tráfico Aéreo (ATC) con LAHSA y HSH para ayudar a dirigir a las personas sin hogar hacia el recurso de vivienda provisional u otro medio adecuado. El DMH también organiza un ATC enfocado en Skid Row, que incluye la presencia física de personal algunos días a la semana en el Skid Row Care Campus para coordinar las derivaciones. Asimismo, el personal trabaja de forma presencial en el Centro de Respuesta Centralizado de Emergencias para asistir en las tareas de difusión y dirigir a las personas sin hogar hacia los recursos de vivienda, incluidas las intervenciones de vivienda de la BHSA del DMH.

El DMH también opera algunos proyectos de PSH financiados por la MHSA con vales basados en proyectos en Long Beach, para los cuales se reciben derivaciones a través del sistema CES de Long Beach. Actualmente, el DMH no cuenta con proyectos de PSH en Pasadena o Glendale; sin embargo, está trabajando activamente con la ciudad de Pasadena para obtener los permisos para un nuevo sitio de vivienda provisional en esta ciudad.

El DPH SAPC mantiene una coordinación sólida y continua con el CoC de Los Ángeles, administrado actualmente por la Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles (LAHSA).

Integración con el Sistema de Entrada Coordinada (CES)

Los proveedores contratados por el DPH SAPC están capacitados para realizar evaluaciones del CES, completar la documentación de vivienda y derivar al CES para su colocación habitacional a los clientes con SUD, especialmente a aquellos que se encuentran en situación de calle o en riesgo de estarlo.

Flujo de derivación bidireccional

Las derivaciones se realizan en ambos sentidos. Los clientes de los servicios del DPH SAPC se vinculan con el CES para la navegación de vivienda, mientras que las personas identificadas a través del CES o de las actividades de difusión de LAHSA que presentan necesidades relacionadas con SUD son derivadas al DPH SAPC para su evaluación y vinculación con los servicios elegibles según la BHSA.

Integración y seguimiento de datos

El DPH SAPC utiliza el Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (HMIS) con las autorizaciones correspondientes para el intercambio de datos, con el fin de realizar el seguimiento de las derivaciones, colocaciones y resultados en coordinación con LAHSA y los socios del CoC.

4. **Describa el enfoque del sistema de salud conductual del condado para colaborar con el CoC local, las agencias de vivienda pública, los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP), los proveedores de Gestión de Atención Mejorada (ECM) y de Apoyos**

Comunitarios, así como otros socios de vivienda, incluidos los desarrolladores y proveedores de PSH actuales y potenciales de su comunidad, en la implementación de las intervenciones de vivienda del condado.

- a. **CoC local:** como se detalla en la pregunta 3 anterior, el DMH mantiene alianzas de colaboración sólidas con los cuatro CoC locales y ha proporcionado varios ejemplos que ilustran estos vínculos. Además, el DMH utiliza el HMIS, gestionado por LAHSA y utilizado también por los otros tres CoC, para consultar información de los clientes e ingresar datos sobre vivienda provisional, BHBH, el CoC y No Place Like Home, cumpliendo así con los requisitos de la ley AB 977. Tal como lo exige la BHSA, el DMH ampliará el uso del HMIS. Ya se han iniciado conversaciones con LAHSA para cumplir con estos nuevos requisitos e incluir toda la información necesaria sobre las intervenciones de vivienda de la BHSA en el HMIS. La Oficina del Jefe de Información (CIO) del DMH ha liderado los diálogos con LAHSA para desarrollar la interoperabilidad de los sistemas de datos para el intercambio de información y los memorandos de entendimiento (MOU) necesarios. Aunque estos esfuerzos requerirán una coordinación considerable, representan un desafío particular dados los cambios recientes en el condado de Los Ángeles, que incluyen el retiro de la mayor parte de los fondos del condado de LAHSA y las modificaciones en el CoC federal por parte del HUD. A pesar de estos retos, el DMH mantiene su compromiso de garantizar la integración y el cumplimiento de los datos para respaldar las intervenciones de vivienda de la BHSA.
- b. **Agencias de vivienda pública:** el DMH mantiene actualmente 11 contratos vigentes con las dos autoridades de vivienda pública (PHA) más grandes del condado de Los Ángeles, HACLA y LACDA, algunos de los cuales se remontan a la década de 1990. La Unidad de Subsidios Federales para la Vivienda (FHSU) de la División de Vivienda del DMH colabora diariamente con HACLA y LACDA para administrar estos contratos, los cuales proporcionan subsidios a los clientes del DMH. Los clientes potenciales se vinculan con estos recursos a través del CES, y el DMH confirma su elegibilidad. Los gestores de casos del DMH o del ICSM ayudan a los clientes a completar las solicitudes de vivienda. La FHSU supervisa la administración de los contratos, lo que incluye revisar que las solicitudes estén completas, enviarlas a las PHA, responder a los pedidos de corrección o información adicional de dichas agencias, realizar el seguimiento de las solicitudes y monitorear cualquier demora. Asimismo, la FHSU garantiza que los gestores de casos apoyen a los clientes durante el proceso de firma del contrato de arrendamiento y continúen brindando SMHS tras la mudanza. Además, la FHSU recopila y cumple con todos los requisitos de datos e informes de las PHA y el HUD, y aboga ante las agencias de vivienda en nombre de nuestros clientes para asegurar la permanencia en la vivienda. El DMH mantiene una colaboración continua con las PHA mediante su participación en órganos de gobierno clave, como la Junta del CoC, el Consejo de Políticas del CES y el Comando Central de Vivienda.
- c. **Planes de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP):** el DMH cuenta con acuerdos de intercambio de datos con seis de los ocho MCP del condado de Los Ángeles y actualmente trabaja con ellos y con agencias interconales para desarrollar flujos de trabajo destinados al alquiler de transición (TR), el depósito de vivienda (HD) y las intervenciones de vivienda de la BHSA. Estos esfuerzos incluyen la identificación de las actualizaciones necesarias en los acuerdos de intercambio de datos para establecer flujos de trabajo y garantizar que exista un intercambio bidireccional de información que respalde las transiciones de los miembros y los servicios de vivienda. En lugar de contratar directamente con los MCP para proporcionar los servicios de apoyo comunitario de CalAIM de TR y HD, el DPH SAPC y el DMH se asociarán con el Departamento de HSH del condado a través de un Memorando de Entendimiento. Esta alianza aprovecha los contratos existentes de HSH con los MCP, así como sus flujos de trabajo, políticas, procedimientos, sistemas de

reclamación y procesos de pago y reembolso.

- d. **Proveedores de ECM y Apoyos Comunitarios:** el DMH tiene contratos con cuatro MCP para brindar servicios de ECM. En el caso de los clientes atendidos por el DMH con fondos de la BHSA u otros financiamientos que también reciban servicios de ECM o Apoyos Comunitarios de otros proveedores, el DMH colaborará con ellos para coordinar la atención. Nuestros acuerdos de intercambio de datos con los MCP incluyen elementos de información que nos ayudarán a identificar quiénes reciben servicios de ECM o Apoyos Comunitarios, así como el nombre y los datos de contacto del proveedor de servicios.
 - e. **Otros (por ejemplo, programas de vivienda de CalWORKs/TANF, programas de vivienda de bienestar infantil, desarrolladores y proveedores de PSH, etc.):**
 - i. El DMH colabora con diversos socios para garantizar que los clientes tengan acceso a los recursos de vivienda gestionados por otras entidades a los que tengan derecho o para los que sean elegibles. Por ejemplo, el DMH coordina con el Departamento de Servicios Sociales Públicos, que administra los fondos de vivienda para los participantes de CalWORKs y de Asistencia General (General Relief), a fin de asegurar que los clientes del DMH puedan utilizar estos recursos. Del mismo modo, el DMH trabaja con el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS) para apoyar a la población del sistema de bienestar infantil en el acceso a servicios no cubiertos por Medi-Cal, incluida la asistencia para la vivienda. El DMH también asiste a jóvenes que estuvieron bajo el sistema de acogida y que se encuentran desvinculados, ayudándoles a acceder a una vivienda a través de los programas del DCFS, como el Programa de Vida Independiente, mientras les brinda los apoyos de salud mental necesarios.
 - ii. Desde 2008, el DMH ha invertido más de \$1.000 millones en el desarrollo de capital para PSH y mantiene memorandos de entendimiento con 49 desarrolladores de PSH distintos, lo que representa aproximadamente 4.716 unidades destinadas a personas sin hogar con SMI. El DMH trabaja en estrecha colaboración con otros financiadores de PSH, como el Departamento de Vivienda de Los Ángeles y varios proveedores de servicios para personas en situación de calle, muchos de los cuales reciben financiamiento a través del impuesto de la Medida A del condado.
5. **¿Cómo trabajará el sistema de salud conductual del condado con Homekey+ y los sitios de vivienda de apoyo para brindar servicios, financiamiento y derivaciones que apoyen y alojen a las personas elegibles según la BHSA?**

Respuesta del DMH:

Como se mencionó anteriormente, desde 2008 se han destinado más de \$1.000 millones en fondos de la MHSA en el condado de Los Ángeles para el desarrollo de capital de PSH a través de programas como el Programa de Vivienda de la MHSA y No Place Like Home. Cada desarrollo ocupa sus unidades utilizando el CES, y el DMH ha establecido procesos para asegurar que nuestros clientes en situación de calle se incluyan en la Lista de Espera Comunitaria del CES. Por ejemplo, el equipo de Derivación, Acceso y Datos (RAD) de la División de Vivienda del DMH trabaja con los responsables de vivienda del DMH en cada Área de Planificación de Servicios (SPA) para identificar a los clientes sin hogar y enviar sus nombres a LAHSA. El equipo RAD del DMH también confirma la elegibilidad de los inquilinos asignados a las unidades de PSH financiadas por la MHSA, y el DMH ofrece o brinda servicios especializados de salud mental a los inquilinos elegibles.

El DMH ha liderado los esfuerzos del condado para implementar HK+ en colaboración con otros departamentos del condado, incluidos el HSH, el Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos y la LACDA, que es el solicitante principal de HK+ en representación del condado. El DMH destinó \$30 millones de fondos de la MHSA/BHSA para el aporte de capital y \$15 millones anuales durante cinco (5) años para subsidios de alquiler, los cuales se asignaron mediante diversos procesos de licitación para adjudicar proyectos elegibles. El DMH contrató a Le Sar Development Consultants para apoyar nuestra implementación de HK+. Además, el DMH redactó cartas de respaldo para todos los proyectos de HK+ en el condado de Los Ángeles, incluidos aquellos en los que otras jurisdicciones, como la ciudad de Los Ángeles, eran el solicitante principal. En las cartas de respaldo, el DMH también asumió el compromiso de proporcionar SMHS para los inquilinos elegibles. Se utilizará el CES para ocupar las unidades de HK+, y el equipo RAD del DMH verificará la elegibilidad de todos los clientes que se muden a unidades asistidas por HK+ e identificará un proveedor de SMHS.

Respuesta del DPH SAPC:

El DPH SAPC proporcionará subsidios de alquiler y participará en el Fondo Flexible de Subsidios para la Vivienda (FHSP) del DHS. Además, los proveedores de tratamiento de SUD contratados brindarán servicios de apoyo, tanto en las instalaciones como en el campo, diseñados específicamente para respaldar la permanencia en la vivienda a largo plazo y la estabilización de la salud conductual. El DPH SAPC alineará sus servicios de tratamiento y recuperación con las operaciones de vivienda de apoyo mediante el aprovechamiento de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) y la coordinación con los Planes de Atención Administrada de Medi-Cal para vincular a las personas con los Apoyos Comunitarios. El DPH SAPC también trabaja estrechamente con LAHSA, el DHS, el DMH, la LACDA y la oficina del Director Ejecutivo (CEO) para garantizar que la prestación de servicios esté integrada en los nuevos desarrollos habitacionales. Estos esfuerzos de planificación enfatizan la atención centrada en el cliente, la coordinación entre sistemas y la toma de decisiones basada en datos para apoyar la retención de la vivienda y la recuperación de las personas elegibles para la BHSA.

6. ¿Recibió el sistema de salud conductual del condado financiamiento de la Ronda 6 del Programa de Subvenciones de Asistencia y Prevención de Vivienda para Personas sin Hogar (HHAP)? No

Implementación de las intervenciones de vivienda de la BHSA

Las siguientes preguntas son específicas sobre el financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA (no se requiere ninguna acción). Para obtener más información, consulte la sección 7.C.9 sobre gastos permitidos y requisitos relacionados.

Subsidios de alquiler (Capítulo 7, Sección C.9.1)

El propósito de las intervenciones de vivienda es proporcionar subsidios de alquiler en entornos permanentes a personas elegibles durante el tiempo que sea necesario, o hasta que la persona pueda realizar la transición a una situación de vivienda permanente alternativa o a otra fuente de subsidio de alquiler (no se requiere ninguna acción).

- 1. ¿El condado está brindando esta intervención? Sí**
- 2. ¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**
- 3. ¿A cuántas personas espera atender anualmente el sistema de salud conductual del condado con subsidios de alquiler bajo las intervenciones de vivienda de la BHSA? 5,699¹**

¹Se prevé que aproximadamente 5.699 personas reciban subsidios de alquiler. Esto incluye a 4.480 personas asistidas con subsidios combinados

de alquiler y operativos, y a 1.219 asistidas únicamente con subsidios de alquiler. Debido a que la plantilla presupuestaria incluye una categoría de subsidio combinado de alquiler y operativo, mientras que el Plan Integrado (IP) de la BHSA no la contempla, quienes reciben subsidios combinados se incluyen tanto en la sección de subsidios de alquiler como en la de subsidios operativos. Aunque esto genera una duplicación de datos, se encuentran claramente señalados como tales. Estas cifras reflejan únicamente a las personas que se espera atender en el año fiscal 2026-27 y no incluyen a los clientes adicionales que prevemos atender en los años fiscales 2027-28 y 2028-29, una vez que concluyan ciertas fuentes de financiamiento categóricas. Esas estimaciones de clientes atendidos se incluirán en futuros IP de la BHSA.

a. ¿Cuántas de estas personas recibirán subsidios de alquiler para vivienda permanente de forma anual? 3.418¹

¹Aproximadamente 3.418 de las 5.699 personas recibirán subsidios de alquiler para vivienda permanente. Esto incluye a 2.231 asistidas con subsidios combinados de alquiler y operativos, y a 1.187 asistidas solo con subsidios de alquiler.

b. ¿Cuántas de estas personas recibirán subsidios de alquiler para vivienda provisional de forma anual? 2.731¹

¹Aproximadamente 2.281 de las 5.699 personas recibirán subsidios de alquiler para vivienda provisional. Esto incluye a 2.249 atendidas con subsidios combinados de alquiler y operativos, y a 32 atendidas solo con subsidios de alquiler. SAPC: 450 subsidios para personas con SUD para RBH + RH.

4. ¿Cuál es la metodología del condado para estimar el total de subsidios de alquiler y el número total de personas atendidas en entornos provisionales y permanentes de forma anual?

Para estimar el número total de personas que se espera asistir con subsidios de alquiler, el DMH calcula primero la cantidad total de unidades o camas dedicadas para cada programa de vivienda. Utilizando la tasa promedio de retención anual para cada tipo de vivienda, el DMH estima luego el número de clientes adicionales que se prevé atender debido a la rotación y suma esta cifra al número de unidades o camas dedicadas.

Los programas se clasifican según brinden vivienda provisional o permanente. La vivienda provisional incluye la vivienda provisional del DMH, el Programa de Refugio Mejorado de Emergencia, moteles y asistencia de alquiler a corto plazo. La vivienda permanente incluye el programa de Atención Residencial Enriquecida (ERC) del DMH, que proporciona subsidios operativos y de alquiler para instalaciones de atención residencial con licencia, así como vivienda de apoyo permanente basada en proyectos o en el inquilino a través del Programa de Asistencia de Alquiler (RAP), el Programa de Vivienda para la Salud Mental (HFMH) y Vivienda para una Vida Adulta Empoderada (HEAL) del DMH. Esta clasificación se utilizó posteriormente para determinar el número total de personas atendidas en entornos provisionales y permanentes.

El financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA para el DPH SAPC respaldará aproximadamente 450 camas de Vivienda Puente de Recuperación y Vivienda de Recuperación cuando la subvención de BHBH finalice en junio de 2027.

5. ¿Para qué tipos de entornos proporcionará el condado subsidios de alquiler?

- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Vivienda de apoyo
- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Departamentos, incluidos los departamentos con contrato de arrendamiento principal
- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Vivienda compartida
- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Viviendas de recuperación o de vida sobria, incluidos los entornos orientados a la recuperación
- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Vida asistida (centros residenciales para adultos, centros residenciales para personas mayores y hogares de guarda y cuidados con licencia)
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Estancias en hoteles y moteles
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Modelos de vivienda provisional no colectiva
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Entornos colectivos que cuenten solo con un número reducido de personas por habitación y suficiente espacio común (no incluye grandes dormitorios compartidos ni entornos de tratamiento residencial conductual)

- Entornos provisionales con límite de tiempo: Casas pequeñas, cabañas de emergencia para dormir, unidades de estabilización de emergencia
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Otros entornos identificados bajo el beneficio de Alquiler de Transición

6. ¿Esta intervención de vivienda admitirá viviendas para familias? Sí

7. Proporcione una breve descripción de la intervención, incluyendo los usos específicos del financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA

- a. El DMH cuenta con cuatro programas financiados a través de las intervenciones de vivienda de la BHSA: Asistencia de Alquiler, ERC, RAP, HFMH y HEAL. Estos programas proporcionan subsidios de alquiler basados en el inquilino y basados en proyectos para clientes en situación de calle, en situación de calle crónica o en riesgo de estarlo. Los programas RAP, HFMH y HEAL brindan subsidios de alquiler en viviendas de apoyo permanente (PSH) y hacen que la vivienda sea asequible para personas con ingresos extremadamente bajos o nulos. La parte del alquiler que corresponde al cliente es el 30% de sus ingresos, y el subsidio cubre el saldo restante utilizando el Alquiler Justo de Mercado (FMR) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano. Estos subsidios están disponibles para los clientes del DMH que reciben SMHS, priorizando a aquellos con SMI que no son elegibles para subsidios federales debido a su estatus legal, condenas penales o que hayan sido considerados no elegibles por la PHA.
- b. El programa ERC proporciona subsidios equivalentes a la tasa de NMOHC, incluyendo fondos para gastos personales e imprevistos, para personas sin ingresos que residen en centros de atención residencial con licencia. Asimismo, el programa ERC ofrece subsidios operativos para servicios mejorados basados en las necesidades del cliente mediante un sistema de tarifas escalonadas. El financiamiento de estos programas se gestiona a través de un Fondo Flexible de Subsidios para la Vivienda (FHSP) local y es administrado por Brilliant Corners (BC), un administrador externo. Todas las derivaciones son enviadas por los gestores de casos a la División de Vivienda del DMH, la cual revisa que sean adecuadas y cumplan con los criterios de la BHSA para personas sin hogar, asegurando que el 50% de los fondos se destinen a personas en situación de calle crónica. Se dará prioridad a las personas que se encuentren en campamentos.
- c. Para quienes tengan aprobado un subsidio RAP del DMH, el gestor de casos enviará una solicitud al FHSP, la cual será revisada por BC para garantizar que se cumpla con los requisitos de ingresos y otros criterios de elegibilidad. BC cuenta con un departamento de adquisición de unidades que puede asistir en la obtención de una vivienda, o bien el gestor de casos o el cliente pueden localizar una unidad por su cuenta. En el caso de las PSH, BC garantiza que el alquiler de la unidad cumpla con el estándar del FMR y celebrará un acuerdo con el propietario para realizar los pagos. BC calculará tanto la parte del alquiler del cliente como el subsidio financiado por la BHSA. El subsidio de BC se pagará directamente al propietario cada mes, y BC actuará como el contacto principal para el propietario ante cualquier inquietud relacionada con el inquilino, notificando al DMH para que realice el seguimiento necesario.
- d. DPH SAPC: El proyecto Homekey+ brinda financiamiento para apoyar el desarrollo de viviendas de apoyo permanente para personas en riesgo de encontrarse en situación de calle o que ya la experimentan, y que enfrentan desafíos de salud mental o de consumo de sustancias. El condado de Los Ángeles y los desarrolladores asociados han solicitado la subvención, incluyendo unidades dedicadas a familias con condiciones de salud conductual, y se encuentran a la espera de las notificaciones de adjudicación por

parte del estado. Los fondos de HK+ se integran con capital o subsidios de alquiler de la BHSA y otros fondos municipales y del condado destinados a los mismos fines. Los servicios de PSH de SAPC también incluyen subsidios de alquiler financiados a través de la BHSA, la Medida A o vales basados en proyectos a través de la autoridad de vivienda local. SAPC también proporcionará subsidios de alquiler y participará en el Fondo Flexible de Subsidios para la Vivienda (FHSP) del DHS.

8. ¿El sistema de salud conductual del condado proporcionará asistencia para el alquiler a través de subsidios basados en proyectos (vinculados a una unidad particular) o basados en el inquilino (vinculados al individuo)?

a. **Basados en proyectos:** Sí

b. **Basados en el inquilino:** Sí

9. ¿Cómo identificará el sistema de salud conductual del condado una cartera de unidades disponibles para ubicar a las personas elegibles según la BHSA, incluso en colaboración con otros socios del condado y, según corresponda, con fondos flexibles (por ejemplo, arrendamiento principal o master leasing)? Incluya las alianzas y los esfuerzos de colaboración que el sistema de salud conductual de su condado llevará a cabo.

a. El DMH cuenta con diversas formas de identificar una cartera de unidades disponibles para ayudar a los clientes elegibles de la BHSA a asegurar una vivienda. Como se mencionó anteriormente, nuestro administrador externo, BC, gestiona el FHSP y cuenta con un equipo de adquisición de unidades que se vincula proactivamente con los propietarios para asegurar viviendas para los clientes que acceden a los fondos del FHSP, incluidos los clientes del DMH. En el caso de las personas elegibles según la BHSA que poseen vales emitidos por la PHA, estas utilizan la lista de propietarios de la PHA interesados en aceptar la Sección 8. El proveedor de SMHS del DMH también asiste a sus clientes en la identificación de unidades o camas en colaboración con los propios interesados. Muchos gestores de casos tienen experiencia en la navegación de vivienda y mantienen relaciones de larga data con propietarios que alquilan a clientes del DMH, quienes les notifican cuando hay vacantes.

b. Aproximadamente 260 de los subsidios RAP del DMH se encuentran en edificios basados en proyectos, cifra que aumentará cuando los edificios financiados por HK+ estén listos para ser habitados. El DMH se asocia con LAHSA y HSH, que cuentan con fondos para el arrendamiento principal o para asegurar unidades de manera similar para personas con subsidios basados en el inquilino. Estas unidades se enumeran en un portal llamado Padmission, al cual pueden acceder los proveedores asociados. Para las camas de ERC, el DMH dispone de un directorio de proveedores de ERC en su sitio web público para ayudar a los gestores de casos a localizar centros de atención residencial con licencia. Finalmente, las importantes inversiones del DMH en el desarrollo de capital de PSH comprenden 165 edificios de PSH basados en proyectos con 4,726 unidades de PSH dedicadas a los clientes del DMH.

10. Número total de unidades financiadas con las intervenciones de vivienda de la BHSA por año: 4.510¹

¹Se financiarán aproximadamente 4.060 recursos habitacionales con subsidios de alquiler de las intervenciones de vivienda de la BHSA por año. Esto incluye 1.322 camas o unidades dedicadas y 2.738 subsidios de alquiler. Debido a la inclusión de quienes reciben subsidios combinados, existe una superposición entre esta cifra y el recuento de recursos habitacionales para subsidios operativos. Respuesta del DPH SAPC: 450 unidades para RBH + RH a partir del año fiscal 2027-2028.

11. [Pregunta opcional] Proporcione detalles adicionales para explicar si el condado está financiando subsidios de alquiler con las intervenciones de vivienda de la BHSA que no estén vinculados a un número específico de unidades.

El condado opera varios programas en los que el número de personas atendidas se determina según el financiamiento disponible y no por camas contratadas o unidades dedicadas. Entre

los ejemplos se incluyen el Programa ERC, donde los participantes tienen la libertad de utilizar su subsidio en cualquier centro de atención residencial con licencia que sea elegible, así como los programas RAP, HEAL y HFMH, que proporcionan subsidios locales basados en el inquilino a personas elegibles.

Respuesta del DPH SAPC: El financiamiento de la BHSA continuará respaldando los servicios de navegación de vivienda del SAPC tras la finalización del programa BHBH.

Subsidios operativos (Capítulo 7, Sección C.9.2)

1. **¿El condado está brindando esta intervención? Sí**
2. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**

3. **Número previsto de personas atendidas por año: 4.593¹**

¹Se espera atender a aproximadamente 4.593 personas con subsidios operativos. Esto incluye a 4.480 personas atendidas con subsidios combinados de alquiler y operativos, y a 113 atendidas únicamente con subsidios operativos. Debido a la inclusión de quienes reciben subsidios combinados, existe una superposición entre esta cifra y el recuento de subsidios de alquiler. Estas cifras reflejan únicamente a las personas que se espera atender en el año fiscal 2026-27 y no incluyen a los clientes adicionales que prevemos atender en los años fiscales 2027-28 y 2028-29, una vez que concluyan ciertas fuentes de financiamiento categóricas.

4. **Proporcione una breve descripción de la intervención, incluyendo los usos específicos del financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA**

a. Los subsidios combinados de alquiler y operativos se utilizarán para la vivienda provisional, la cual se financia mediante una tarifa diaria por cama. Debido al requisito de utilizar el beneficio de Alquiler de Transición (TR) de CalAIM, que solo cubre el alquiler y los servicios públicos, el DMH está desglosando las tarifas de las camas de vivienda provisional en una tarifa combinada, compuesta por un subsidio de alquiler y uno operativo. La parte del subsidio operativo de la tarifa por cama incluirá todos los costos de la vivienda provisional que no sean el alquiler o la hipoteca y los servicios públicos; esto abarca suministros del programa como muebles, ropa de cama, alimentos, costos de vehículos, estacionamiento y suministros de oficina, así como apoyos para el cliente como ropa, transporte y actividades del programa. También incluye la dotación de personal, con sus respectivas prestaciones y personal administrativo, y los gastos generales de operación.

b. También se utilizará un subsidio combinado de alquiler y operativo para el programa de Atención Residencial Enriquecida (ERC) del DMH. El ERC proporciona subsidios de alquiler a personas sin ingresos para cubrir la tasa de NMOHC, además de un subsidio operativo de servicios mejorados para cubrir los gastos de operación específicos de las necesidades complejas del cliente, los cuales se determinan mediante un sistema de cuatro niveles. Los gastos operativos pueden incluir personal adicional y suministros necesarios para atender las necesidades del cliente.

5. **¿Para qué tipos de entornos proporcionará el condado subsidios operativos? [Menú desplegable de selección múltiple de los entornos permitidos incluidos en el capítulo de Intervenciones de Vivienda del Manual de Políticas de la BHSA ([Capítulo 7, Sección C.9.3, Entornos permitidos](#))]**

- Entornos permanentes sin límite de tiempo: Vida asistida (centros residenciales para adultos, centros residenciales para personas mayores y hogares de guarda y cuidados con licencia)
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Estancias en hoteles y moteles
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Modelos de vivienda provisional no colectiva
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Entornos colectivos que cuenten solo con un número reducido de personas por habitación y suficiente espacio común (no incluye grandes dormitorios compartidos ni entornos de tratamiento residencial conductual)
- Entornos provisionales con límite de tiempo: Casas pequeñas, cabañas de emergencia

para dormir, unidades de estabilización de emergencia

6. **¿Será esta una iniciativa de sitios dispersos? Sí**
7. **¿Esta intervención de vivienda admitirá viviendas para familias? Sí**
8. **Número total de unidades financiadas con las intervenciones de vivienda de la BHSA por año: 2.953¹**

¹Se financiarán aproximadamente 2.953 recursos habitacionales con subsidios operativos de las intervenciones de vivienda de la BHSA por año. Esto incluye 1.042 camas o unidades y 1.911 subsidios operativos. Debido a la inclusión de quienes reciben subsidios combinados, existe una superposición entre esta cifra y el recuento de recursos habitacionales para subsidios de alquiler.

9. **[Pregunta opcional] Proporcione detalles adicionales para explicar si el condado está financiando subsidios de operativos con las intervenciones de vivienda de la BHSA que no estén vinculados a un número específico de unidades.**

El programa ERC del DMH incluye un sitio basado en un proyecto específico: el Crocker Care Campus ERC, un centro residencial para personas mayores (RCFE) con 24 camas dedicadas al DMH. Todo el resto del financiamiento del ERC para subsidios combinados de alquiler y operativos no está vinculado a camas específicas, sino que se utiliza en un modelo de sitios dispersos. Este cubre la tasa de NMOHC y una tarifa de servicios mejorados para los clientes en cualquier cama de centros de atención residencial con licencia que acepte al cliente.

Fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños ([Capítulo 7, Sección C.9.4.1](#))

1. **¿El condado está brindando esta intervención? Sí**
2. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**
3. **Número previsto de personas atendidas por año: 1.608¹**

¹ Se atenderá a aproximadamente 1.608 personas por año a través de los fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños.

4. **Proporcione una breve descripción de la intervención, incluyendo los usos específicos del financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA**

Durante muchos años, el DMH ha operado el Programa de Asistencia para la Vivienda (HAP), financiado mediante diversas fuentes, incluida la BHSA. Este programa brinda apoyo para depósitos de vivienda y servicios públicos, artículos para el hogar y prevención. Además, el DMH administra otros programas de asistencia para el alquiler a través del FHSP, como HFMH, HEAL y RAP, que también incluyen apoyo para depósitos de seguridad y servicios públicos, artículos para el hogar y mitigación de daños. Basándose en los comentarios de las partes interesadas, el DMH planea ampliar bajo la BHSA el financiamiento y los usos permitidos del HAP para incluir potencialmente todos los usos autorizados en la categoría de Fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños. Algunos de los comentarios recibidos sugirieron eliminar las tarifas de reserva de unidades; no obstante, la estrategia de adquisición de unidades de Brilliant Corners incluye dichas tarifas. Durante muchos años, el DMH ha trabajado con otro grupo de interés, la Alianza de Vivienda de Apoyo, integrada por desarrolladores de PSH sin fines de lucro. Tanto este grupo como otros han documentado ampliamente la necesidad de contar con fondos para el reembolso por daños que excedan el desgaste normal por el uso. Con frecuencia, los desarrolladores se han acercado al DMH para solicitar el pago por daños causados por sus clientes, pero el departamento no contaba con fondos asignados para tal fin. La Alianza de Vivienda de Apoyo realizó una encuesta entre sus miembros, quienes informaron que el costo promedio de los daños causados por los inquilinos del DMH fue de \$7.132 por unidad al año durante un período de tres años. Incluir esta categoría de financiamiento nos ayudará a abordar esta necesidad y otra preocupación significativa de la comunidad de desarrolladores de vivienda: el rápido incremento en los costos de los seguros. Los miembros de la Alianza de Vivienda de Apoyo están experimentando aumentos anuales en los costos de seguros de al menos un 25%, llegando en algunos casos hasta el 550%, con deducibles que van de \$10.00 a cifras de hasta \$250.000 por siniestro. A diferencia de los desarrolladores del mercado convencional, los de PSH no pueden aumentar los alquileres para compensar estos costos, lo que ha desestabilizado el sector de las PSH. El

aumento de los costos de los seguros y los gastos relacionados con los daños contribuyen al estrés financiero, lo que genera activos de PSH con problemas y riesgos de quiebra, como ocurrió con Skid Row Housing Trust. Este financiamiento ayudará a proteger las inversiones de \$1.000 millones del DMH en PSH y respaldará la estabilidad a largo plazo de estos recursos habitacionales críticos.

5. **Número total de unidades financiadas con las intervenciones de vivienda de la BHSA por año: 1.608¹**

¹Se financiarán aproximadamente 1.608 unidades por año mediante los fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños.

6. [Pregunta opcional] **Proporcione detalles adicionales para explicar si el condado está proporcionando fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños con las intervenciones de vivienda de la BHSA que no estén vinculados a un número específico de unidades: N/A**

Fondos de asistencia para participantes (Capítulo 7, Sección C.9.4.2)

1. **¿El condado está brindando esta intervención? Sí**

2. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**

3. **Número previsto de personas atendidas por año: 5.558¹**

¹Se atenderá a aproximadamente 1.558 personas por año a través de los fondos de asistencia para participantes. El DPH SAPC estimó una cifra aproximada de 4.000.

4. **Proporcione una breve descripción de la intervención, incluyendo los usos específicos del financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA**

Durante muchos años, el DMH ha operado el Programa de Asistencia para la Vivienda (HAP), financiado mediante diversas fuentes, incluida la BHSA. Este programa brinda apoyo para depósitos de vivienda y servicios públicos, artículos para el hogar y prevención de desalojos. Bajo la BHSA, el DMH ahora deberá actualizar sus flujos de trabajo para incorporar el acceso al financiamiento de Depósitos de Vivienda de los Apoyos Comunitarios de CalAIM para clientes elegibles antes de utilizar estos fondos. Además, en el marco de la BHSA y con el sólido respaldo de las partes interesadas del DMH, el departamento planea ampliar el financiamiento y los usos permitidos del HAP para incluir todas las aplicaciones autorizadas bajo los Fondos de asistencia para participantes. Esto nos permitirá añadir categorías de financiamiento relacionadas con la obtención de identificaciones oficiales y otros documentos vitales necesarios para conseguir vivienda, costos de solicitud de vivienda, tarifas de informes crediticios, gastos de almacenamiento, depósitos por mascotas, transporte, alimentos y productos de higiene.

Respuesta del DPH SAPC: Los Fondos de asistencia para participantes (PAF) están disponibles a través del programa de Navegación de Vivienda del condado de Los Ángeles, con el fin de vincular a personas con trastornos por consumo de sustancias con oportunidades habitacionales y servicios de apoyo. Aunque actualmente los PAF se financian mediante el programa BHBH, se requeriría el financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA para dar continuidad al servicio. Los PAF constituyen un recurso complementario que apoya a las personas elegibles según la BHSA al abordar barreras inmediatas relacionadas con la vivienda que no pueden cubrirse con otras fuentes de financiamiento.

Los usos de los PAF para apoyar a las personas elegibles según la BHSA incluyen:

- Tarifas administrativas y de solicitud de vivienda (por ejemplo, verificación de crédito o de antecedentes)
- Depósitos de seguridad y de servicios públicos (cuando no haya otra fuente disponible)
- Estancias breves en moteles para facilitar la transición hacia una ubicación de vivienda más estable
- Asistencia de transporte para citas de vivienda o mudanzas
- Muebles básicos y suministros para el hogar necesarios para instalarse

- Costos de mudanza y almacenamiento, incluyendo gastos que, de lo contrario, retrasarían el acceso a la vivienda

Servicios de navegación para la transición de vivienda y servicios de mantenimiento de la tenencia (Capítulo 7, Sección C.9.4.3)

[Texto de contexto: De conformidad con la sección 5830, subdivisión (c)(2), del Código de Bienestar e Instituciones (W&I), las intervenciones de vivienda de la BHSA no podrán utilizarse para servicios de vivienda cubiertos por el Plan de Atención Administrada de Medi-Cal. Seleccione "Sí" únicamente si el condado proporciona estos servicios a personas que no son elegibles para recibirlos a través de su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal (no se requiere ninguna acción)].

1. **¿El condado está brindando esta intervención? Sí**
2. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**
3. **Número previsto de personas atendidas por año: 5.684¹**

¹Número previsto de personas atendidas por año [respuesta numérica]: Actualmente, el DMH financia Servicios de Gestión Intensiva de Casos (ICMS) a través del HSH para aquellos clientes del DMH que residen en 1.124 unidades de PSH, mediante un memorando de entendimiento con el HSH. Otros 560 clientes se financian a través de un MOU con la Oficina de Desvío y Reingreso del Departamento de Servicios de Salud. El HSH factura estos servicios a los Planes de Atención Administrada bajo los servicios de mantenimiento de la tenencia (TSS) de los Apoyos Comunitarios de CalAIM. Sin embargo, debido a las dificultades de conciliación con los planes de atención administrada durante los últimos tres años, se desconoce el número de clientes que esperaríamos que fueran financiados a través de dichos planes. Bajo la BHSA, el DMH continuará trabajando con el HSH para garantizar que se facturen los TSS de los Apoyos Comunitarios de CalAIM antes de brindar estos servicios a través de la BHSA y para conciliar las facturaciones. Respuesta del DPH SAPC: aproximadamente 4.000.

4. **Proporcione una breve descripción de la intervención, incluyendo los usos específicos del financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA**

Los servicios de ICMS incluyen los apoyos de vivienda necesarios para asistir a los clientes en la retención de su hogar, lo que abarca capacitación en habilidades para la vida, asistencia para establecer beneficios y asegurar empleo, evaluación de necesidades legales y derivación para asistencia jurídica, evaluación de las necesidades de servicio del cliente y derivación a los proveedores de servicios adecuados (como salud mental, salud física y servicios para trastornos por consumo de sustancias), asistencia con las actividades de la vida diaria, prestación de transporte, fomento de vínculos comunitarios y prestación de otros servicios de retención de vivienda, como el trabajo con la administración de la propiedad para resolver problemas que amenacen la estabilidad habitacional.

Respuesta del DPH SAPC: El DPH SAPC brinda servicios de navegación de vivienda a personas en Vivienda Puente de Recuperación (RBH) y Vivienda de Recuperación (RH) que están en transición hacia una vivienda permanente. Este servicio está financiado por BHBH y se requiere el financiamiento de la BHSA para mantener estos servicios tras la finalización de la subvención de BHBH, particularmente para aquellas personas que no son elegibles para servicios de transición de vivienda a través de su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal.

Estos servicios son prestados principalmente por navegadores de vivienda, quienes asisten a personas con trastornos por consumo de sustancias (muchas de las cuales se encuentran en situación de calle crónica o en riesgo de estarlo) a navegar el sistema de vivienda y asegurar ubicaciones estables. Las actividades incluyen la identificación de opciones de vivienda, la recopilación de la documentación requerida (por ejemplo, identificación, verificación de ingresos), la coordinación del transporte para citas relacionadas con la vivienda y la facilitación de la comunicación con propietarios y agencias de vivienda.

Difusión y captación para intervenciones de vivienda (Capítulo 7, Sección C.9.4.4)

1. **¿El condado está brindando esta intervención? No**
 - a. **Explique por qué el condado no brinda esta intervención.**

Las actividades de difusión y captación se financiarán bajo la Asociación de Servicios Completos (FSP).

Proyectos de desarrollo de capital (Capítulo 7, Sección C.10)

1. **Los condados pueden destinar hasta el 25 por ciento de los fondos de las intervenciones de vivienda de la BHSA a proyectos de desarrollo de capital. ¿Utilizará el sistema de salud conductual del condado las intervenciones de vivienda de la BHSA para proyectos de desarrollo de capital? Sí**
2. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**
3. **¿Cuántos proyectos de desarrollo de capital financiará el sistema de salud conductual del condado con las intervenciones de vivienda de la BHSA? 000¹**

¹Se desconoce. El DMH ha destinado \$30 millones en financiamiento para el desarrollo de capital como contrapartida para las PSH de HK+. Ninguna de las solicitudes de HK+ enviadas al Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (HCD) de California ha sido aprobada.

Información específica del proyecto de desarrollo de capital

Complete las siguientes preguntas para cada proyecto de desarrollo de capital que el condado financiará con las intervenciones de vivienda de la BHSA.

1. **Nombre del proyecto:** N/A: El DMH destinó \$30 millones como contrapartida de capital para proyectos de HK+. Aunque se han presentado varios proyectos al HCD, ninguno ha sido aprobado. Por lo tanto, no podemos responder a las siguientes preguntas.
2. **¿Qué tipos de entornos incluirá el proyecto de desarrollo de capital?** [Menú desplegable de selección múltiple de los entornos permitidos incluidos en el capítulo de Intervenciones de Vivienda del Manual de Políticas de la BHSA ([Capítulo 7, Sección C.9.3, Entornos permitidos](#))].
3. **Capacidad (Número previsto de personas alojadas simultáneamente) 000**
4. **¿Combinará este proyecto el financiamiento de la BHSA con otras fuentes que no pertenecen a la BHSA? No**
5. **Número total de unidades en el proyecto, incluyendo las fuentes de financiamiento de la BHSA y las ajenas a esta 000**
6. **Número total de unidades financiadas únicamente con fondos de intervenciones de vivienda 000**
7. [Pregunta opcional] **Proporcione detalles adicionales para explicar si el condado está financiando proyectos de desarrollo de capital con las intervenciones de vivienda de la BHSA que no estén vinculados a un número específico de unidades.**
8. **Fecha prevista de disponibilidad de las unidades: 00/00/0000**
9. **Costo previsto por unidad (Nota: la parte de la intervención de vivienda de la BHSA en el proyecto debe ser igual o inferior a \$450.000) \$000**
10. **¿Ha utilizado las disposiciones de "pleno derecho" de la ley estatal en su proyecto? No**
 - a. **Si no ha incorporado el uso de las disposiciones de "pleno derecho" en su proyecto, explique por qué: N/A**

Otras intervenciones de vivienda (Opcional)

1. **Si el condado proporciona otro tipo de intervenciones de vivienda que no figuren en la lista anterior, describa la intervención:**
 - a. **¿El condado está brindando esta intervención a personas en situación de calle crónica? Sí**

b. **Número previsto de personas atendidas por año: 468**

Continuidad de los programas de vivienda existentes

1. **Describa si se utilizará algún financiamiento de las intervenciones de vivienda de la BHSA para apoyar la continuidad de programas de vivienda que están por finalizar (por ejemplo, Vivienda Puente para la Salud Conductual).**

El DMH tiene previsto utilizar los fondos de las intervenciones de vivienda de la BHSA para mantener las inversiones realizadas a través de dos programas financiados por el estado que tienen fechas de finalización, entre ellos los subsidios operativos de BHBH y CCE. El DMH ha utilizado el programa BHBH para realizar inversiones significativas en su programa de vivienda provisional, así como en los programas RAP y ERC, y se compromete a darles continuidad una vez que el financiamiento concluya. El DMH recibió una prórroga del DHCS para el programa BHBH hasta el 30 de junio de 2029, lo cual agradece profundamente. No obstante, esta prórroga aumenta la complejidad de garantizar que el 30% de los fondos de la BHSA se destinen a vivienda a partir del año fiscal 2026-2027, manteniendo al mismo tiempo los compromisos de financiamiento continuo de las intervenciones de vivienda de la BHSA que incorporarán los fondos de los programas BHBH y de subsidios operativos de CCE (cuya fecha de finalización es el 31 de marzo de 2029) una vez que dichos programas terminen.

El DPH SAPC brinda servicios de navegación de vivienda a personas en Vivienda Puente de Recuperación (RBH) y Vivienda de Recuperación (RH) que están en transición hacia una vivienda permanente. Esto incluye un total de aproximadamente 450 camas de RBH y RH, además de servicios de navegación de vivienda para asistir a los residentes de estos entornos en su transición hacia opciones habitacionales permanentes. Este servicio está financiado por BHBH y se requiere el financiamiento de la BHSA para mantener estos servicios tras la finalización de la subvención de BHBH, particularmente para aquellas personas que no son elegibles para servicios de transición de vivienda a través de su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal.

Relación con los servicios de vivienda financiados por los planes de atención administrada de Medi-Cal

Para obtener más información, consulte la sección 7.C.7, Relación con [los servicios de vivienda financiados por Medi-Cal](#).

1. **¿De cuál de los siguientes apoyos comunitarios relacionados con la vivienda es el sistema de salud conductual del condado un proveedor contratado por un plan de atención administrada (MCP)?** Alquiler de transición
2. **¿Para cuál de los siguientes servicios tiene previsto el sistema de salud conductual del condado convertirse en un proveedor contratado por un MCP?**
 - a. Servicios de navegación para la transición de vivienda: Indeciso
 - b. Depósitos de vivienda: No
 - c. Servicios de mantenimiento de la tenencia de vivienda: No
 - d. Vivienda posthospitalización a corto plazo: No
 - e. Cuidados de recuperación: No
 - f. Habilitación diurna: No
 - g. Alquiler de transición: Sí, el sistema de salud conductual del condado tiene previsto convertirse en proveedor contratado por un MCP a partir del 1 de enero de 2026.
3. **¿Cómo identificará, confirmará la elegibilidad y [derivará el sistema de salud conductual del condado a los miembros de Medi-Cal a los apoyos comunitarios relacionados con la](#)**

vivienda cubiertos por los MCP (incluido el Alquiler de transición)?

En lugar de contratar directamente con los MCP para ser un proveedor de Alquiler de transición (TR) y Depósitos de vivienda (HD) de los Apoyos Comunitarios de CalAIM, el DMH se asociará con el Departamento de HSH del condado de Los Ángeles mediante un memorando de entendimiento (MOU). Esta alianza aprovecha los contratos existentes de HSH con los MCP, así como sus flujos de trabajo, políticas, procedimientos, sistemas de reclamación y procesos de pago y reembolso. El DMH ha estado trabajando con el HSH y los MCP para desarrollar flujos de trabajo, formularios y una comprensión común de las directrices del DHCS sobre el TR. Para todos los clientes que accedan a los recursos de vivienda del DMH en los que se nos exija aprovechar el TR o los HD, el DMH confirmará a través del sistema Aves si el cliente cuenta con Medi-Cal y cuál es su MCP. Se elaborará un Plan de Apoyo a la Vivienda y un formulario de autorización que se enviarán al HSH, el cual presentará la autorización ante el MCP. El DMH mantiene conversaciones con los planes de los MCP y el DHCS para determinar el flujo de trabajo de las derivaciones destinadas a establecer la elegibilidad de la BHSA para aquellas personas derivadas para el TR que no provengan del DMH.

El DPH SAPC coordinará las derivaciones para los Apoyos Comunitarios de Alquiler de transición con los MCP para confirmar la elegibilidad, lo que incluye la autorización del servicio, el tiempo restante de este beneficio para cada persona elegible y la facturación del beneficio. El Alquiler de transición se utilizará para las personas elegibles que residan en una Vivienda Puente de Recuperación (RBH).

4. Describa los esfuerzos de coordinación y los procesos continuos para garantizar que la red de proveedores contratados por el sistema de salud conductual del condado para intervenciones de vivienda sea conocida y compartida con los MCPI que prestan servicios en su condado.

El DMH tiene previsto centralizar el proceso de derivación al TR y a los HD para los clientes del DMH que acceden a los recursos habitacionales de las intervenciones de vivienda de la BHSA. El DMH pagará la vivienda mientras se espera la aprobación de la autorización y el pago por parte del MCP, y posteriormente realizará la conciliación correspondiente. El DMH pretende que este sea un proceso fluido para la red de vivienda de las intervenciones de vivienda de la BHSA y, como tal, la estructura de pago no los afectará. El DMH proporcionará información a los MCP sobre nuestra red contratada si les resulta de utilidad pero, como se mencionó, las derivaciones provendrán del DMH a través del HSH y no de nuestra red contratada.

El DPH SAPC participa en los esfuerzos de coordinación de CalAIM y Apoyos Comunitarios a nivel de todo el condado, así como en reuniones periódicas con los dos MCP más grandes del condado de Los Ángeles, donde se comparte información sobre la red de proveedores de vivienda de salud conductual. El DPH SAPC comenzó la implementación del Alquiler de transición como proveedor contratado por los MCP en enero de 2026 y completó las siguientes actividades de planificación:

- Mapeo de los proveedores de vivienda actualmente contratados por SAPC.
- Intercambio de listas actualizadas de la red y descripciones de servicios con los MCP.
- Desarrollo de una vía de derivación y protocolos de puntos de contacto compartidos para la futura implementación del Alquiler de transición.

5. ¿Rastrea el sistema de salud conductual del condado cuáles de sus proveedores de vivienda contratados también están contratados por los MCP para los Apoyos Comunitarios relacionados con la vivienda (proporcionados en las preguntas 1 y 2 anteriores)? No

6. ¿Qué procesos tiene implementados el sistema de salud conductual del condado para garantizar que los miembros de Medi-Cal que viven con condiciones de salud conductual significativas no sufran interrupciones en el servicio una vez que se agote cualquiera de

los servicios de vivienda de los MCP, en la medida en que haya recursos disponibles?

Respuesta del DMH:

Tenemos entendido que los MCP deben garantizar que exista un compromiso de financiamiento al finalizar el subsidio de TR para cualquier cliente aprobado para dicho beneficio; si esto se cumple, no debería haber interrupciones. Para todos los clientes que accedan a recursos de vivienda financiados por las intervenciones de vivienda de la BHSA del DMH y que sean derivados para el TR, el DMH se comprometerá a seguir financiando su vivienda si el TR es denegado o una vez que este finalice, ya que ellos ya se encontrarán en nuestras viviendas con las que tenemos contratos vigentes.

En lugar de contratar directamente con los MCP para ser un proveedor de Alquiler de transición (TR) y Depósitos de vivienda (HD) de los Apoyos Comunitarios de CalAIM, el DMH se asociará con el Departamento de HSH del condado de Los Ángeles mediante un memorando de entendimiento (MOU). Esta alianza aprovecha los contratos existentes de HSH con los MCP, así como sus flujos de trabajo, políticas, procedimientos, sistemas de reclamación y procesos de pago y reembolso. El DMH ha estado trabajando con el HSH y los MCP para desarrollar flujos de trabajo, formularios y una comprensión común de las directrices del DHCS sobre el TR. Para todos los clientes que accedan a los recursos de vivienda del DMH en los que se nos exija aprovechar el TR o los HD, el DMH confirmará a través del sistema Aves si el cliente cuenta con Medi-Cal y cuál es su MCP. Se elaborará un Plan de Apoyo a la Vivienda y un formulario de autorización que se enviarán al HSH, el cual presentará la autorización ante el MCP. El DMH mantiene conversaciones con los planes de los MCP y el DHCS para determinar el flujo de trabajo de las derivaciones destinadas a establecer la elegibilidad de la BHSA para aquellas personas derivadas para el TR que no provengan del DMH.

Respuesta del DPH SAPC: A fin de evitar interrupciones en el servicio una vez que se agote el Alquiler de transición u otros apoyos de vivienda de los MCP, el DPH SAPC utiliza otras fuentes de financiamiento ajenas a Medi-Cal o coordina con el sistema de vivienda más amplio del condado, incluidos LAHSA, el Departamento de Salud Mental, Vivienda para la Salud del DHS y otros departamentos enfocados en la vivienda para minimizar cualquier vacío en la prestación de servicios.

Fondos flexibles de subsidios para la vivienda

Los fondos flexibles de subsidios para la vivienda ("Flex Pools") son un modelo eficaz para agilizar y simplificar la administración de la asistencia para el alquiler y los apoyos de vivienda relacionados. El DHCS publicó la Guía de recursos de asistencia técnica de los Flex Pools, que describe este modelo con más detalle y se encuentra vinculada aquí: [Recurso de asistencia técnica para los Fondos flexibles de subsidios para la vivienda](#). Consulte la Guía de recursos de AT para obtener descripciones del modelo de Flex Pool y de las funciones mencionadas a continuación, incluidos la entidad líder, el operador y el financiador.

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección [7.C.8, Fondos flexibles de subsidios para la vivienda](#).

1. **¿Existe en el condado un Flex Pool en funcionamiento (o elementos de un Flex Pool, lo que incluye: (1) coordinación y combinación de fuentes de financiamiento, (2) desempeño como intermediario fiscal, (3) identificación, obtención y mantenimiento de una cartera de unidades para los participantes, o (4) coordinación con proveedores de servicios de apoyo para la vivienda)? (Consulte la Guía de recursos de AT de Flex Pools del DHCS). Sí**
 - a. **¿El sistema de salud conductual del condado participa o tiene previsto participar en el Flex Pool?** Sí
 - b. **¿Qué función tiene o prevé tener el sistema de salud conductual del condado en el Flex Pool?** Financiador y proveedor de servicios de apoyo para la vivienda
 - c. **¿Qué organización actúa como operador?** Brilliant Corners para el DMH.

d. **¿Tiene el condado previsto administrar algunos o todos los fondos de las intervenciones de vivienda a través del Flex Pool o en coordinación con este? Sí**

i. **¿Qué intervenciones de vivienda tiene previsto el condado administrar a través del Flex Pool o en coordinación con este?**

- Subsidios de alquiler
- Subsidios operativos
- Fondos para difusión entre propietarios y mitigación de daños
- Fondos de asistencia para la participación

2. **Describa cualquier otra función o tarea que el sistema de salud conductual del condado prevea asumir para apoyar las operaciones o el lanzamiento y la expansión de un Flex Pool, además de las descritas anteriormente.**

El DMH trabajará con Brilliant Corners y los proveedores de las intervenciones de vivienda de la BHSA para asegurar que comprendan en qué consisten el TR y los HD, además de informarles sobre nuestros flujos de trabajo para evitar la duplicidad de esfuerzos.

El DPH SAPC desempeña un papel fundamental de colaboración y apoyo financiero en la infraestructura del Flex Pool del condado de Los Ángeles. Aunque no actúa como entidad líder u operador, el DPH SAPC contribuye al sistema general mediante las siguientes acciones:

- Derivación de personas elegibles según la BHSA a unidades de vivienda u oportunidades de subsidios gestionadas por el Flex Pool.
- Participación en reuniones de coordinación interinstitucional, incluidos el grupo de trabajo de la BHSA, los equipos de implementación de CalAIM y las iniciativas de planificación de vivienda a nivel de todo el condado para garantizar la alineación entre las intervenciones de vivienda de la BHSA y el alcance operativo del Flex Pool.

El DPH SAPC continuará participando en la planificación a nivel de políticas y sistemas para mejorar la integración de las intervenciones de vivienda de la BHSA con el Flex Pool existente, lo que incluye consideraciones futuras para solicitudes de financiamiento conjuntas, acuerdos de intercambio de datos y el seguimiento de resultados en todo el sistema.

Fondo de Servicios de Salud Conductual: Proyectos y programas piloto de salud conductual innovadores

Para cada programa o proyecto piloto innovador, proporcione la siguiente información. Si el condado ofrece más de un programa, utilice el botón "Añadir programa adicional".

El plan del condado incluye el desarrollo de tres (3) programas o proyectos piloto innovadores.

1. **¿Incluye el plan del condado el desarrollo de programas o proyectos piloto innovadores?**
Sí, Hollywood 2.0 (H20)

a. **¿Qué componente de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) financiará el programa innovador?** Asociación para Servicios Integrales

b. **Describa cómo el programa o proyecto piloto innovador ayudará a generar evidencia sobre la efectividad de las nuevas estrategias estatales.**

El proyecto piloto H20 contribuirá a generar evidencia para las nuevas estrategias estatales de salud conductual mediante la puesta a prueba de un modelo de continuo de atención integral y de base comunitaria, que integra la rehabilitación psicosocial con una prestación de servicios flexible y centrada en la persona. El piloto está diseñado para evaluar si un modelo integrado de "clínica sin paredes" puede mejorar los resultados en personas con enfermedades mentales graves, en comparación con los sistemas de atención tradicionales y compartimentados.

H20 se inspira en el sistema de salud mental pública de Trieste, Italia, el cual incorpora un enfoque comunitario para apoyar a las personas que viven con enfermedades mentales graves. Este método difiere fundamentalmente de los servicios actuales del Departamento de Salud Mental (DMH) en dos aspectos clave:

1. La atención se organiza como un sistema continuo e integrado, en lugar de programas separados con criterios rígidos de elegibilidad y derivación.
2. Los servicios priorizan la recuperación funcional, la autonomía y la participación comunitaria, a la par del tratamiento clínico.

A través de la Cooperativa de Salud Mental de Hollywood, el piloto H20 integra una gama completa de servicios (que incluye atención ambulatoria, servicios de campo intensivos, atención de urgencias, navegación de vivienda, apoyo al empleo y otros servicios sociales) dentro de una estructura de equipo multidisciplinario único. Este modelo aumenta la flexibilidad para asignar a las personas el nivel y tipo de atención adecuados según cambien sus necesidades, reduciendo la fragmentación de los servicios y las barreras para la vinculación con el tratamiento.

Al realizar un seguimiento de los resultados relacionados con la vinculación a los servicios, la estabilidad habitacional, el uso de servicios de crisis y emergencias, y la recuperación funcional, el piloto H20 generará datos prácticos y lecciones de implementación que servirán para fundamentar la efectividad, la escalabilidad y la replicación de estrategias de salud mental comunitarias similares.

c. **Describa los resultados previstos del proyecto**

Al implementar el proyecto de innovación propuesto, el LACDMH pretende brindar una atención especializada e integral a personas con enfermedades mentales graves, con el fin de ayudarlas a recuperar la estabilidad y reconstruir un sentido de propósito personal y comunitario. Los resultados previstos del piloto se dividen en siete categorías:

- Mejora de la calidad de vida, lo que incluye un aumento en la participación laboral y educativa, así como un fortalecimiento de los vínculos sociales y el compromiso comunitario.
- Reducción de eventos adversos, tales como la disminución en el uso de salas de

emergencia, hospitalizaciones e involucramiento con el sistema de justicia penal.

- Mejora del estado funcional, donde los participantes demuestren una mayor independencia, autogestión de su atención y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Mayor satisfacción de los miembros con la atención, lo que refleje un incremento en la confianza, el compromiso y la percepción de que los servicios son culturalmente receptivos y se adaptan a las necesidades individuales.
- Mejora de la satisfacción laboral del personal, como resultado de la atención basada en equipos, la reducción del agotamiento profesional y la alineación con los principios de las prácticas orientadas a la recuperación.
- Mayor satisfacción de las familias y de la comunidad en general, mediante una mejor comunicación, la disminución de la carga que suponen las crisis y el fortalecimiento de las alianzas con los actores clave de la comunidad.
- Reducción del costo total de la atención, lograda al pasar de servicios de crisis de alto costo a intervenciones proactivas de base comunitaria que fomenten la recuperación a largo plazo.

2. **¿Incluye el plan del condado el desarrollo de programas o proyectos piloto innovadores?**

Sí, Programa de Difusión en Viviendas Provisionales (IHOP)

- a. **¿Qué componente de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) financiará el programa innovador?** Asociación para Servicios Integrales
- b. **Describa cómo el programa o proyecto piloto innovador ayudará a generar evidencia sobre la efectividad de las nuevas estrategias estatales.**

El programa es un proyecto colaborativo entre los departamentos de Salud Mental (DMH), Salud Pública (Prevención y Control del Abuso de Sustancias, DPH SAPC) y Servicios de Salud (Vivienda para la Salud, DHS HFH) del condado de Los Ángeles. Este Proyecto Innovador ayudará a generar evidencia sobre la efectividad de las nuevas estrategias estatales mediante la puesta a prueba de un modelo de prestación de servicios coordinado e interdepartamental, integrado en entornos de vivienda provisional.

Al integrar servicios especializados de salud mental, trastornos por consumo de sustancias y salud física dentro de la vivienda provisional, el programa generará evidencia sobre si los equipos multidisciplinarios basados en el campo pueden mejorar el acceso a la atención, abordar los deterioros funcionales, apoyar la transición a la vivienda permanente, mejorar los resultados de salud y reducir el reingreso a la situación de calle.

Los servicios especializados de salud mental brindados a través del IHOP incluyen difusión y captación, triaje, apoyo de pares, detección y evaluación, rehabilitación y terapia individual y grupal, evaluación y administración de medicamentos, gestión intensiva de casos e intervención en crisis. El tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) impartido por el DPH SAPC incluye sesiones de apoyo individuales y grupales, psicoeducación sobre el consumo de sustancias, vinculación con el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) y servicios de reducción de daños (por ejemplo, tiras reactivas de fentanilo, naloxona, servicios de jeringas, etc.). Para los residentes que necesitan servicios de SUD más intensivos, los equipos del IHOP pueden facilitar el ingreso a programas de desintoxicación y tratamiento residencial.

Los datos recopilados sobre el uso de servicios, los resultados de vivienda, los indicadores de salud y salud conductual, y la participación de los usuarios aportarán información sobre la efectividad, viabilidad y escalabilidad de este modelo. Los hallazgos del piloto respaldarán la toma de decisiones en torno a la replicación de modelos de servicios integrados basados en la vivienda y el desarrollo de futuros enfoques estatales para abordar la situación de calle, la salud conductual y la equidad en salud.

c. Describa los resultados previstos del proyecto

Al implementar el proyecto de innovación propuesto, el LACDMH pretende avanzar en un modelo de atención integral, centrado en la persona y alineado con CalAIM para personas en situación de calle, apoyando así su transición hacia una vivienda permanente. Este enfoque busca fortalecer la prestación de servicios, mejorar la integración del sistema y fomentar la estabilidad habitacional mediante los siguientes resultados:

- Mayor acceso oportuno a servicios especializados de salud mental (SMHS), salud física y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) concurrentes, lo que incluye mejores transferencias directas y una vinculación más efectiva para los residentes de viviendas provisionales.
- Mejora en el acceso y la coordinación con la atención de salud mental no especializada proporcionada a través de los planes de atención administrada.
- Incremento en las vinculaciones con servicios de tratamiento residencial y ambulatorio para SUD.
- Aumento en las transiciones de viviendas provisionales a ubicaciones de vivienda permanente, incluyendo viviendas de apoyo permanentes y otros recursos habitacionales a largo plazo.
- Reducción de los reingresos a la situación de calle tras salir de la vivienda provisional, fomentando la estabilidad habitacional y el continuo de atención.
- Menor dependencia de los servicios de crisis, emergencias y servicios psiquiátricos para pacientes internos mediante la intervención temprana, la estabilización y la planificación de una atención coordinada.
- Fortalecimiento de la capacidad de la fuerza laboral entre el personal de los proveedores de vivienda provisional, incluyendo una mayor alfabetización en salud conductual, prácticas de atención informadas en el trauma y mayor confianza al atender a personas con enfermedades mentales graves, condiciones de salud complejas y trastornos por consumo de sustancias.
- Mejora en la coordinación de la atención entre los departamentos del condado, las organizaciones de atención administrada y los socios comunitarios.
- Mayor capacidad a nivel de sistema para asignar a los residentes el nivel de atención adecuado y los recursos de vivienda permanente pertinentes.
- Optimización de la calidad y la consistencia de la atención brindada en entornos de vivienda provisional, en alineación con los estándares de atención centrados en la persona, culturalmente receptivos e informados en el trauma.
- Mejora de la experiencia de los residentes en viviendas provisionales, lo que abarca su percepción de la atención, sensación de seguridad, bienestar y participación en los servicios.

3. ¿Incluye el plan del condado el desarrollo de programas o proyectos piloto innovadores?

Sí, Villa de Atención Comunitaria Infantil (CCCV)

- a. **¿Qué componente de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) financiará el programa innovador?** Servicios y apoyos de salud conductual
- b. **Describa cómo el programa o proyecto piloto innovador ayudará a generar evidencia sobre la efectividad de las nuevas estrategias estatales.**

La CCCV es un concepto de "villa" pionero en su tipo y basado en las mejores prácticas, dedicado a niños y familias. Este proyecto incluirá la prestación del Programa de Gestión de Atención Integrada (ICMP), además de los servicios de salud mental para niños y jóvenes ya existentes en Kedren Community Health Center Inc. (Contratista), tales como atención para casos agudos de pacientes internos, el Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC) y programas de salud mental ambulatorios. La CCCV constituye un

modelo totalmente integrado que funciona como un punto único de prestación de servicios para todas las atenciones, tanto para pacientes internos como ambulatorios, brindando una atención holística y cohesiva que aborda las necesidades integrales del niño y de la familia para garantizar un continuo de atención completo a través del ICMP.

El ICMP ofrece una coordinación de servicios destinada a cerrar la brecha entre la atención de casos agudos de pacientes internos, la atención ambulatoria, la atención de urgencias, los centros residenciales de crisis y la vivienda en el lugar, realizando un seguimiento de los clientes a través de los distintos niveles de atención para minimizar la fragmentación y la interrupción de los servicios.

Por lo tanto, este proyecto innovador ayudará a generar evidencia para nuevas estrategias estatales al poner a prueba y evaluar un continuo de atención de salud mental infantil ubicado en un mismo espacio, que integra vivienda familiar provisional y servicios coordinados. Al evaluar los resultados relacionados con el acceso, la coordinación de la atención, el uso de servicios, la estabilidad habitacional y la estabilización familiar, el proyecto generará datos y lecciones de implementación que servirán de base para modelos escalables centrados en la familia.

c. Describa los resultados previstos del proyecto

El Proyecto Innovador tiene como objetivo establecer un continuo de atención integral de salud mental infantil mediante la creación de una villa de atención para niños ubicada en un mismo espacio, que integre vivienda familiar provisional con servicios coordinados de salud y salud conductual. Los resultados previstos incluyen:

- Mejora en el acceso y la coordinación de los niveles adecuados de atención de salud mental para niños, jóvenes y sus familias, lo que resultará en mejores resultados clínicos y puntos fuertes funcionales.
- Reducción de las crisis psiquiátricas y del uso de servicios de alta agudeza, incluyendo una disminución en el uso de las salas de emergencia y de las hospitalizaciones psiquiátricas para pacientes internos.
- Mayor vinculación con los servicios de salud mental, incluidos los servicios especializados de salud mental, respaldada por una coordinación de atención intensiva y la disponibilidad de apoyos terapéuticos no tradicionales y culturalmente receptivos (por ejemplo, bienestar creativo, neuroretroalimentación, modulación vocal, círculos de percusión, servicios entre pares, etc.).
- Mejora en la continuidad y calidad de la atención, lo que incluye transiciones más fluidas y oportunas entre los niveles de cuidado y una reducción de las interrupciones en los servicios.
- Mayor estabilidad y mejores resultados educativos, incluyendo una mayor capacidad de los niños para permanecer en su escuela de origen y una mejora en su participación y desempeño académico.
- Fortalecimiento de la estabilización familiar, particularmente para familias que atraviesan crisis o se encuentran en situación de calle, contribuyendo a mejores resultados de salud mental y al funcionamiento general de la familia.
- Reducción del involucramiento con los sistemas de bienestar infantil y de justicia, lo que incluye menos colocaciones fuera del hogar y un menor riesgo de ingreso al sistema de crianza temporal o de justicia juvenil.
- Disminución de la situación de calle y de la inestabilidad habitacional de las familias, incluyendo menos días sin hogar y un aumento en las vías hacia una vivienda estable.
- Reducción de las barreras de acceso a la atención, como las relacionadas con el transporte, lo que conducirá a un mejor seguimiento, continuidad y compromiso con los servicios.

Estrategia de la fuerza laboral

Mantener una red adecuada de proveedores calificados culturalmente receptivos

El condado debe garantizar que su fuerza laboral de salud conductual, tanto la operada por el condado como la contratada, cuente con el apoyo necesario y sea culturalmente y lingüísticamente receptiva con la población a la que atiende. A través de los procesos de supervisión de Medi-Cal existentes, el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) evaluará si el condado:

1. Mantiene y supervisa una red de proveedores suficiente para brindar un acceso adecuado a los servicios y apoyos para personas con necesidades de salud conductual.
2. Cumple con los estándares federales y estatales de acceso oportuno a la atención y los servicios, considerando la urgencia de la necesidad.
3. El condado debe asegurar que los proveedores financiados por la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) estén calificados para prestar servicios, cumplan con los requisitos de no discriminación y brinden atención de manera culturalmente competente. A partir del año fiscal 2027-2028, el DHCS insta a los condados a exigir que sus proveedores de la BHSA cumplan con los mismos estándares que los proveedores de Medi-Cal en estas áreas (es decir, exigir los mismos estándares independientemente de si un servicio específico se reembolsa bajo la BHSA o Medi-Cal), tal como se describe en el Manual de Políticas.
 - a. ¿Tiene el condado la intención de adoptar este enfoque recomendado para los proveedores financiados por la BHSA que también participan en el Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal del condado? Sí
 - b. ¿Tiene el condado la intención de adoptar este enfoque recomendado para los proveedores financiados por la BHSA que no participan en el Sistema de Prestación de Salud Conductual de Medi-Cal del condado? Sí

Desarrollar la fuerza laboral para cumplir con las metas estatales de salud conductual

Para obtener información sobre las políticas relacionadas, consulte la sección 3.A.2, Contenido del plan integrado, y la sección 7.A.4, Educación y capacitación de la fuerza laboral.

Evaluación de las brechas en la fuerza laboral

1. ¿Cuál es la tasa global de vacantes para puestos permanentes de servicios clínicos o de atención directa de salud conductual en el condado (incluidos los proveedores operados por el condado)? 20%
2. Cargue cualquier fuente de datos utilizada para determinar la tasa de vacantes: N/A
3. Para la salud conductual del condado (incluidos los proveedores operados por el condado), los siguientes cinco puestos presentan las mayores tasas de vacantes en el LACDMH:
 - Trabajador social clínico con licencia
 - Psicólogo con licencia
 - Técnico psiquiátrico (PT)
 - Psiquiatra
 - Otro proveedor calificado
4. Describa cualquier otra brecha clave en la fuerza laboral del condado.

Como indican los datos, el LACDMH enfrenta una tasa de vacantes sustancial, particularmente en el caso de los psicólogos. La competencia por estos profesionales es sumamente alta, debido a alternativas atractivas como la práctica privada mediante telemedicina, puestos de investigación universitaria y el reclutamiento por parte del VA.

El LACDMH ha mantenido una presencia activa en las convenciones de la Asociación Estadounidense de Psicología y de la Asociación de Psicología de California durante los últimos tres años, y publica ofertas de empleo a través de la División 18 (Servicio Público) de la Asociación Estadounidense de Psicología. Además, el LACDMH ha organizado charlas informativas en escuelas de psicología locales. Recientemente, el LACDMH asignó a un líder en psicología para contactar a cada aspirante que se postula a los puestos de Psicología Clínica I y II, con el fin de interesarlos en las oportunidades que ofrece el departamento.

5. ¿Cómo prevé el condado que cambiarán las necesidades de la fuerza laboral durante los próximos tres años fiscales, dados los requisitos nuevos y futuros, incluida la implementación de nuevas prácticas basadas en la evidencia bajo la Transformación de la Salud Conductual (BHT) y las Redes Organizadas de Atención y Tratamiento Equitativo de Salud Conductual de Base Comunitaria (BH-CONNECT)?

Habrà un mayor enfoque en la capacitación, prestación y sostenibilidad del uso de las prácticas basadas en la evidencia (EBP). El DMH del condado de Los Ángeles se basará en su trayectoria de más de 20 años brindando EBP a nuestra población de clientes, utilizando los principios y aprendizajes de la Ciencia de la Implementación.

Abordaje de las brechas en la fuerza laboral

Si el condado planea aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de Redes Organizadas de Atención y Tratamiento Equitativo de Salud Conductual en la Comunidad (BH CONNECT) para abordar las brechas de personal, incluso para FSP y CSC para FEP, ya sea postulándose o alentando a los proveedores a postularse a los siguientes programas de fuerza laboral de BH-CONNECT, especifíquelo a continuación.

1. ¿Tiene el condado previsto aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de BH-CONNECT postulándose al Programa de Becas de Salud Conductual? Sí

a. **Explique cualquier acción o actividad que el condado esté realizando para aprovechar el programa:** El DPH SAPC y el DMH han estado promocionando el Programa de Becas de Salud Conductual entre las agencias certificadas por el DMC-ODS para los profesionales elegibles.

2. ¿Tiene el condado previsto aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de BH-CONNECT postulándose al Programa de Pago de Préstamos Estudiantiles de Salud Conductual? Sí

a. **Explique cualquier acción o actividad que el condado esté realizando para aprovechar el programa:** el DPH SAPC y el DMH han estado promocionando el Programa de Pago de Préstamos Estudiantiles de Salud Conductual entre las agencias certificadas por el DMC-ODS y la red de proveedores del DMH para apoyar a los profesionales que califican para el pago de préstamos.

3. ¿Tiene el condado previsto aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de BH-CONNECT postulándose al Programa de Reclutamiento y Retención de Salud Conductual? Sí

a. **Explique cualquier acción o actividad que el condado esté realizando para aprovechar el programa:** el DPH SAPC y el DMH promocionarán el Programa de Reclutamiento y Retención de Salud Conductual entre las agencias certificadas por el DMC-ODS para fortalecer la contratación y permanencia del personal de salud conductual.

4. ¿Tiene el condado previsto aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de BH-CONNECT postulándose al Programa de Capacitación de Proveedores de Salud Conductual de

Base Comunitaria? Sí

- a. **Explique cualquier acción o actividad que el condado esté realizando para aprovechar el programa:** el DPH SAPC y el DMH promocionarán el Programa de Capacitación de Proveedores de Salud Conductual de Base Comunitaria entre las agencias certificadas por el DMC ODS para apoyar la formación de dichos proveedores.
5. **¿Tiene el condado previsto aprovechar la iniciativa de fuerza laboral de BH-CONNECT postulándose al Programa de Residencias de Salud Conductual? No**
6. **Describa cualquier otro esfuerzo en marcha o previsto en el condado para abordar las brechas en la fuerza laboral, además de los ya descritos anteriormente en la sección de Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral de la BHSA.**

Como indican los datos, el LACDMH enfrenta una tasa de vacantes sustancial, particularmente en el caso de los psicólogos. La competencia por estos profesionales es sumamente alta, debido a alternativas atractivas como la práctica privada mediante telemedicina, puestos de investigación universitaria y el reclutamiento por parte del VA.

El LACDMH ha mantenido una presencia activa en las convenciones de la Asociación Estadounidense de Psicología y de la Asociación de Psicología de California durante los últimos tres años, y publica ofertas de empleo a través de la División 18 (Servicio Público) de la Asociación Estadounidense de Psicología. Además, el LACDMH ha organizado charlas informativas en escuelas de psicología locales. Recientemente, el LACDMH asignó a un líder en psicología para contactar a cada aspirante que se postula a los puestos de Psicología Clínica I y II, con el fin de interesarlos en las oportunidades que ofrece el departamento.

Tal como se describe en la sección anterior específica sobre medicamentos para la adicción, el DPH SAPC está aplicando fondos de incentivo (derivados de su enfoque de reembolso basado en el valor bajo la Reforma de Pago de Salud Conductual de CalAIM) a las agencias certificadas por el DMC ODS. Esto tiene como fin apoyar la contratación de médicos y especialistas de salud conductual con licencia, garantizando que los medicamentos para la adicción, el apoyo psiquiátrico y la capacidad clínica integrada para trastornos concurrentes estén disponibles a través del personal que atiende a los clientes en los entornos del DMC ODS.

Presupuesto y reserva prudencial

1. **Cargue la plantilla de [presupuesto](#) completada:** Consulte el Adjunto n.º D
2. **Si el condado indicó en la Tabla Nueve de la plantilla de presupuesto que asignaría el exceso de los fondos de la reserva prudencial a un componente específico de la BHSA, indique cómo tiene previsto gastar el monto que supera el límite máximo permitido de dicha reserva para cada componente:**
 - a. Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS): N/A
 - b. Asociación para Servicios Integrales (FSP): N/A
 - c. Intervenciones de vivienda: N/A
3. **Ingrese la fecha de la última evaluación de la reserva prudencial:** 01/08/2026
4. **Describa cómo el uso del exceso de los fondos de la reserva prudencial retirados de la reserva local se alinea con los objetivos del Plan Integrado**
 - a. BHSS: N/A
 - b. FSP: N/A
 - c. Intervenciones de vivienda: N/A

Aprobación y cumplimiento del plan

Certificación del Director de Salud Conductual

1. Por la presente certifico que el **condado de Los Ángeles** ha cumplido con todos los requisitos legislativos, normativas y directrices en la preparación y presentación de este Plan Trienal (IP, por sus siglas en inglés) Integrado para los Servicios y Resultados de Salud Conductual, incluidos [todos los requisitos de responsabilidad fiscal y participación de las partes interesadas](#). Certifico además que (seleccione todas las opciones a continuación) [lista de selección múltiple]
 - a. La información, las declaraciones y los anexos incluidos en el Plan Trienal (IP) son, a mi leal saber y entender, verdaderos y correctos.
 - b. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés) se reserva el derecho de solicitar aclaraciones sobre declaraciones poco claras o ambiguas hechas en el IP y otros documentos de apoyo presentados en el IP.
 - c. El condado utilizará los fondos de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA, por sus siglas en inglés) para atender a la(s) población(es) objetivo según lo establecido en la legislación, normativas y directrices.
 - d. Los fondos para Salud Conductual de todas las fuentes se utilizarán únicamente en los usos permitidos según lo indicado en la legislación, las normativas y las directrices.
 - e. Los fondos de la BHSA serán complementarios, y no sustitutivos, de otros fondos disponibles provenientes de fondos estatales o del condado utilizados para ofrecer servicios de salud mental o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (excepto que esta regla de no sustitución no se aplica a la utilización de los fondos de reordenamiento de 2011 proporcionados a los condados desde la Subcuenta de Salud Conductual o la Cuenta Especial de Crecimiento de Servicios de Salud Conductual).
 - f. El IP fue presentado ante la junta local de salud conductual.
2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud en la implementación de estos requisitos?** No

Información de Contacto

1. **Nombre del condado:** Los Ángeles
2. **Certificación para:** BORRADOR del Plan Trienal Integrado
3. **Nombre del director de la agencia de salud conductual del condado:** Lisa Wong, Psy.D.
4. **Número de teléfono del director de la agencia de salud conductual del condado:** (213) 947-6770
5. **Correo electrónico del director de la agencia de salud conductual del condado:** lwong@dmh.lacounty.gov
6. **Director de SUD:** Gary Tsai, MD
7. **Cargo:** Director de la Oficina de Prevención y Control del Abuso de Sustancias (SAPC)
8. **Teléfono:** (626) 299-4595
9. **Correo electrónico:** gtsai@ph.lacounty.gov

Firma del director de la agencia de salud conductual del condado y del director de SUD:
Consulte el Adjunto n.º E

Certificación del Administrador del Condado o su designado

El administrador del condado puede ser conocido por otros cargos, tales como director ejecutivo, gerente del condado o director administrativo. El administrador del condado debe ser la persona que se desempeñe como el principal miembro del personal en el gobierno del condado y posea el nivel más alto de autoridad administrativa en el condado, o bien la persona designada por él. Este individuo o su designado deben trabajar dentro de la oficina ejecutiva del gobierno del condado y no pueden ser el director de salud conductual del condado.

1. Por la presente certifico que (seleccione todas las opciones a continuación)
 - a. El condado utilizará los fondos de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA, por sus siglas en inglés) para atender a la(s) población(es) objetivo según lo establecido en la legislación.
 - b. Los fondos para Salud Conductual de todas las fuentes se utilizarán únicamente en los usos permitidos según lo indicado en la legislación
 - c. Los fondos de la BHSA serán complementarios, y no sustitutivos, de otros fondos disponibles provenientes de fondos estatales o del condado utilizados para ofrecer servicios de salud mental o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (excepto que esta regla de no sustitución no se aplica a la utilización de los fondos de reordenamiento de 2011 proporcionados a los condados desde la Subcuenta de Salud Conductual o la Cuenta Especial de Crecimiento de Servicios de Salud Conductual).
2. **¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud en la implementación de estos requisitos?** No

Información de Contacto

3. **Nombre del condado:** Los Ángeles
4. **Certificación para:** Plan Trienal Integrado
5. **Nombre del director administrativo del condado:** Joseph M. Nicchitta
6. **Número de teléfono del director administrativo del condado:** (213) 974-1101
7. **Correo electrónico del director administrativo del condado:** jnicchitta@ceo.lacounty.gov

Firma: Consulte el Adjunto n.º F

Se documentarán y añadirán pruebas de publicación pública, junto con información sobre audiencias públicas, tras la publicación.

El proceso para distribuir el borrador del plan a las partes interesadas se añadirá una vez que el plan se publique



ADJUNTO C

Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI) Work Plan 2025

March 2025

Presented By:

Los Angeles County Department of Mental Health
Quality, Outcomes, and Training Division, Quality Improvement Unit

Los Angeles County Department of Public Health
Substance Abuse Prevention and Control, Quality Improvement Branch



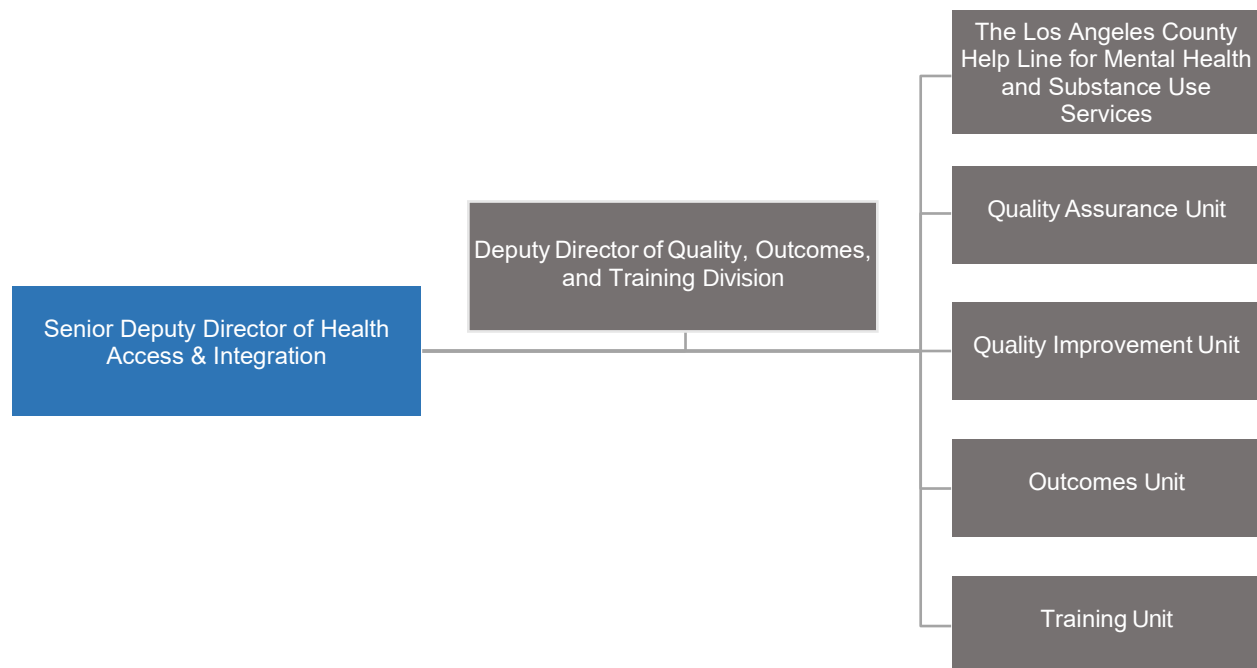
CONTENTS

QUALITY IMPROVEMENT (QI) PROGRAM PURPOSE AND SCOPE	3
Department of Mental Health	3
Department of Public Health – <i>Substance Abuse Prevention and Control</i>	7
QUALITY IMPROVEMENT COMMITTEE AND STRUCTURE	9
Department of Mental Health	9
Department of Public Health – <i>Substance Abuse Prevention and Control</i>	11
QUALITY IMPROVEMENT WORKPLAN	14
Department of Mental Health	14
Department of Public Health – <i>Substance Abuse Prevention and Control</i>	16

QUALITY IMPROVEMENT (QI) PROGRAM PURPOSE AND SCOPE

Department of Mental Health

The QI Unit reports to the Deputy Director of the Quality, Outcomes, and Training Division (QOTD). The Division combines four units: Quality Assurance (QA), QI, Outcomes, and Training. The Deputy Director of QOTD oversees the quality of the Department's services, coordinates training as indicated for continuous quality improvement (CQI) and conducts ongoing assessments of countywide performance outcomes. The QOTD's organizational structure facilitates a downward and upward communication loop between Specialty Mental Health Services (SMHS) providers countywide, Cultural Competency Unit, and Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) executive management.



The Los Angeles County Help Line for Mental Health and Substance Use Services

LACDMH and Los Angeles County Department of Public Health Substance Abuse Prevention and Control collaboratively operate a centralized 24/7 Help Line that simplifies the road to recovery for those seeking care for mental health and/or substance use disorders. This serves as the entry point for mental health and substance use services in Los Angeles County. While the majority of calls are for information and referral, the line also facilitates the deployment of Field Intervention Teams (FITs), has a dedicated emotional support line and serves as the gatekeeper for acute inpatient psychiatric beds, interpreter services, and emergency member transportation to psychiatric emergency rooms. For more information visit: <https://dmh.lacounty.gov/blog/2024/08/welcome-l-a-county-help-line-for-mental-health-and-substance-use-services/>

Quality Assurance Unit

The QA Unit ensures the adherence of the County Mental Health Plan's (MHP) directly operated (DO) and contracted providers to federal, state, and local laws, regulations, and requirements associated with the provision, documentation, and claiming of Medi-Cal SMHS. The QA Unit develops policies and guidelines; monitors adherence to governmental mandates; provides training and technical support; certifies the MHP's SMHS providers; supports the clinical functions of the Department's electronic health record (EHR) system; oversees the integrity, retention, and release of the Department's clinical records; acts as a liaison between the MHP and the State Department of Health Care Services (DHCS) including during the DHCS Triennial System/Chart review and Short/Doyle Medi-Cal Hospital audits; the Department's 24/7 ACCESS Line Annual Test Calls; and advocates for the MHP's position on SMHS-related issues with DHCS, the County Behavioral Health Director's Association (CBHDA), and other entities. In addition, the QA Unit is also responsible for the credentialing of clinical staff across the Specialty Mental Health System and manages the electronic data platforms that track and report on timely access and Network Adequacy. For more information visit: <https://dmh.lacounty.gov/qa/>

Quality Improvement Unit

The QI Unit executes mandated performance outcome studies, evaluations, and research targeting the effectiveness of LACDMH services. In conformance with Federal, State, and local QI requirements, the QI Unit oversees technical reporting related to the annual Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) Work Plan and Evaluation Report, member/family satisfaction data, Performance Improvement Projects (PIPs), and collaborative efforts with other programs. The QI Unit also ensures adherence to prescribed site review protocols and timelines, such as those assigned during triennial oversight reviews and External Quality Review Organization (EQRO) audits. QI staff must maintain up-to-date knowledge of QI concepts and provide technical assistance, consultation, and training for Departmental and Regional Quality Improvement Committees (QICs), stakeholder meetings, and other community organizations/agencies. Effective communication and collaboration with other LACDMH divisions, programs, and providers support the Department's accelerated use of CQI countywide. The QI Unit strives to coordinate program development and QI activities that effectively measure, assess, and continuously improve access to, and quality of care provided to LACDMH members. The QI Unit's vision is to promote a QI culture and increase the professional use of QI practices within the Department by partnering and consulting more closely with departmental improvement efforts where they occur. The QI Unit is member/family-focused and supports the Department's culture of CQI and total organizational involvement. For more information visit: <https://dmh.lacounty.gov/qid/>.

Outcomes Unit

The Outcomes Unit is responsible for selecting, developing, disseminating, training, collecting, and reporting outcome measures associated with the Department's mental health programs, including mandated ones. The Outcomes Unit provides operational elements and business rules to the Chief Information Office Bureau (CIOB) to develop or customize data collection and reporting systems. The Outcomes Unit conducts data queries and creates dashboards to display outcomes and other data elements. For more information visit: <https://dmh.lacounty.gov/outcomes/>.

Training Unit

The Training Unit is responsible for workforce development, ensuring a diverse workforce reflective of the members served, education, and providing training and technical assistance for the clinical and non-clinical public mental health workforce. For more information visit: <https://dmh.lacounty.gov/providers/clinical-tools/training-workforce-development/>

Access to Care Leadership Committee

The Access to Care Leadership committee is comprised of core managers from various sectors of LACDMH's outpatient system of care. The committee meets bimonthly, with system-wide data review occurring at least monthly. The committee members work collaboratively to address the external (systemic) factors contributing to timely access challenges seen in the data or identified by providers. The Access to Care Leadership committee's developers ensured QI Unit presence early to bring QI strategies to the workgroup. This inclusion was part of an effort to promote a culture of quality improvement within the Department. This collaboration has evolved, beginning with developing a Performance Improvement Project focused on timeliness. The Access to Care Leadership committee has also become a platform for presenting data, exchanging feedback from external quality reviewers (EQRs), and gaining leadership and input on QI projects related to access and timeliness. The group meets regularly to tackle access and timeliness needs across the Department.

All Programs of Excellence (APEX)

APEX is a forum that brings together supervisors, managers, and multiple divisions to address areas of the Outpatient Services Division (OSD) Performance Dashboard indicators where improvement is needed. OSD organizes APEX meetings by SA and program. Diagnosis, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Needs Evaluation Tool (NET), and homelessness data are provided at each session. The APEX process is grounded in the following values: maintain a problem-solving approach, support positive change, remove systemic challenges, enhance coordination and communication between divisions, share evolving procedures, scale best practices, and provide excellent customer service (internal/external).

Annual Test Calls

The Department's Annual Test Calls Review identifies potential areas for QI and strengths in the ACCESS Center's 24/7-line responsiveness. The LACDMH Test Calls supports the ACCESS Center and the QA Unit in their collaborative efforts to improve cultural and linguistic responsiveness, customer service, referrals to SMHS, tracking/monitoring, and adequate documentation of call information. The QA Unit disseminates findings to the ACCESS Center management who then provides feedback to their staff and implements and identified improvements.

Chief Information Office Bureau (CIOB)

A large portion of the Department's CQI work requires ongoing coordination with CIOB, namely:

- Compiling countywide information on members served and member populations; and
- Developing an internal application to collect and report annual member satisfaction data electronically in multiple languages.

CIOB's Clinical Informatics team holds essential roles in both PIPs, from aggregating data to offering technical assistance to the clinical PIP lead tasked with analyzing the data.

Cultural Competency Unit (CCU)

The CCU is part of the Anti-Racism, Inclusion, Solidarity, and Empowerment (ARISE) Division and is overseen by the Ethnic Services Manager (ESM). The ESM provides technical assistance to the Cultural Competency Committee (CCC) and is a standing member of the Departmental QIC. This structure facilitates communication and collaboration for attaining the goals outlined in the QAPI Work Plan and Cultural Competency (CC) Plan to reduce disparities, increase capacity, and improve the quality and availability of services. Additional information on the CCU and its functions, the CCC, the Institute for Cultural Linguistic Inclusion and Responsiveness (ICLIR), a tri-Countywide Cultural and Linguistic Competency workgroup, and our most recent CC Plan is available via the CCU website at <https://dmh.lacounty.gov/ccu/>.

Performance Improvement Project (PIP) and Quality Improvement Project (QIP) Committees

The Department conducts PIPs to review selected administrative and clinical processes designed to improve performance outcomes. In performing PIPs, the QI Unit collaborates and coordinates with various Divisions, Programs, and Units within DMH depending on the PIP topic. In addition to PIPs, less formal QIPs are also conducted. PIP and QIP committee members are identified by their expertise in certain areas and ability to create change in our system. LACDMH strives for PIP and QIP teams that are diverse and inclusive. Each committee member participates on a volunteer basis due to special interests.

Stakeholder Engagement

The QIC encourages stakeholder involvement in all QI activities. Service Area Leadership Teams (SALTs), MHSA Community Planning Team (CPT), and Underserved Cultural Community (UsCC) meetings are all avenues for feedback from stakeholders around quality improvement needs.

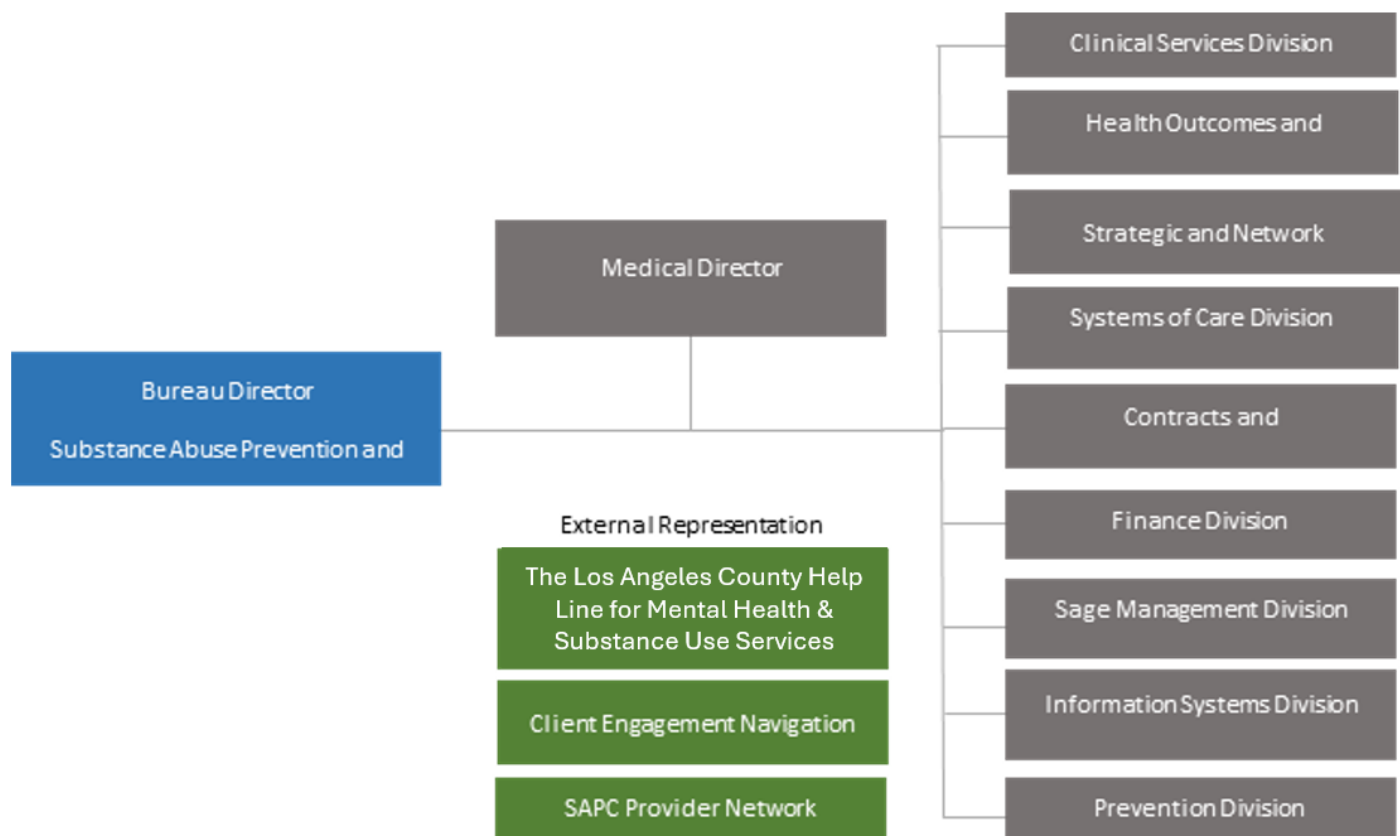
QUALITY IMPROVEMENT BRANCH (QI) PROGRAM, PURPOSE, AND SCOPE

Department of Public Health – *Substance Abuse Prevention and Control*

Los Angeles County specialty substance use disorder (SUD) system is managed by the Substance Abuse Prevention and Control Bureau within the Department of Public Health (SAPC). SAPC's provider network offers specialty SUD treatment services for youth and adults who are enrolled or eligible for Los Angeles County Medi-Cal, and/or participating in another eligible County funded program. This program continues to focus on quality improvement within the treatment network focused on:

1. Integrating physical and mental health service needs with SUD services;
2. Training quality standards to improve health outcomes;
3. Providing the full continuum of SUD services to meet the needs of patients;
4. Establishing a single benefit package for publicly funded SUD services regardless of referral source or insurance plan; and Solidifying SUD's status as a chronic health condition rather than as an acute condition.

These enhancements enable SUD patients to receive quality services that match their individualized needs and preferences, and overall improve health and social outcomes.



Quality Improvement Branch

SAPC's Quality Improvement (QI) Branch is focused on the identification and development of quality improvement projects, specifically including the identified Performance Improvement Projects (PIPs). The QI Division conducts provider-interfacing quality improvement around access to priority clinical services (such as MAT), conducts biannual documentation review of key quality metrics, and holds member focus groups to learn more about the patient perspective on treatment delivered by the SAPC provider network. The branch centralizes the process of clinical grievances and appeals (G&A) and spends a portion of their time processing authorizations for treatment in collaboration with SAPC's overall Clinical Services Division. The QI Branch interfaces with other key SAPC units to carry forward SAPC's quality improvement initiatives (such as harm reduction and access to care).

Quality Improvement Accountability, Governing Body, and Committee Structure

SAPC's Quality and Risk Management Committee provides a forum for discussion and the provision of direction to the other units with SAPC and is the framework for organizational quality improvement and oversight responsibilities. Most committees are internal and attended by SAPC branch representatives and relevant parties. There are two committees that include external stakeholders, including member referral services and representatives from the SAPC provider network. Each committee is independently governed but report to the Quality Improvement & Risk Management Committee as lead committee.

QUALITY IMPROVEMENT COMMITTEE AND STRUCTURE

Department of Mental Health

Quality Improvement Committee (QIC) - Statement of Purpose

The purpose of the QI Unit is to ensure and improve the quality and appropriateness of SMHS in compliance with established local, State, and Federal service standards. The QIC supports LACDMH in maintaining a culture of CQI. The Departmental QIC and Regional QICs provide opportunities to:

- Identify QI issues and projects based on available data;
- Foster an environment where stakeholders can discuss QI activities;
- Identify possible best practices; and
- Ensure performance standards align with the Department's mission and strategic plan.

The QI Unit is responsible for maintaining and improving mental health service and delivery infrastructure with LACDMH providers.

Committee Membership

LACDMH has tasked the Departmental QIC with evaluating the appropriateness and quality of services provided to LACDMH members/families. Committee membership reflects the diverse perspectives of members from centralized administrative programs and provider locations countywide. SAPC has joined DMH's attendees this year in efforts to integrate the QICs. The Cultural Competency Unit supervisor is a standing member of the QIC and supports cultural competency integration into QI Unit roles and responsibilities. The QIC includes representatives from:

- Child Welfare;
- Clinical Informatics;
- Clinical Risk Management;
- Compliance, Privacy, and Audit Services;
- Cultural Competency Unit;
- Emergency Outreach and Triage Division;
- Forensic Services;
- Housing;
- LACDMH's Peer Resource Center;
- The Los Angeles County Help Line for Mental Health and Substance Use Services;
- Mental Health Services Act (MHSA);
- Outcomes;
- Outpatient Care Services;
- Patients' Rights Office;
- Peer Services;
- Pharmacy/ Psychiatry;
- Quality Assurance Unit;
- Quality Improvement Unit;
- Veteran and Family Services; and
- DO and LE/Contracted programs.

Authority

A licensed mental health professional supervises the QI Unit and serves as the Departmental QIC Chair. The QIC Chair is responsible for chairing and facilitating meetings and ensuring members receive timely and relevant information. Each Regional QIC has a lead from the QI Unit and a co-lead representing either a DO or LE/Contracted provider.

Meetings

Providers are required to participate in their local Regional QICs. The Northern Regional QIC encompasses Service Areas 1-4 and Southern Regional QIC has members from Service Area 5-8. Each Region convenes for a Regional QIC meeting at least quarterly. The QI Unit hosts the Departmental QIC monthly and co-hosts a monthly QA/QI meeting with QA. This approach fosters integrative discussions of departmental QA goals in concert with QI practices. Each committee meeting provides a structured forum for identifying QI opportunities to address challenges and barriers unique to their respective SAs/ Regions. The chairs/ leads for the committee are responsible for the agenda/minutes and steering members through the plan. Meeting minutes and recordings (when applicable) are posted online at <https://dmh.lacounty.gov/qid/> for public review.

Responsibilities

The QIC, QI Unit, and LACDMH staff collaborate on measurable QAPI WP goals to evaluate annual performance management activities. The annual QAPI WP goals mirror State and Federal requirements (Service Delivery Capacity, Accessibility of Services, Member Satisfaction, Clinical Care, Continuity of Care, Provider Appeals, and PIPs). The QIC collaborates and coordinates related QAPI WP activities with multiple DMH Divisions and programs. Besides providing quality improvement updates, the monthly agendas may reflect data discussions led by various partners and programs across the Department.

Department of Public Health – *Substance Abuse Prevention and Control*

Quality Improvement and Risk Management Committee

In accordance with the Special Terms and Conditions (STCs) of California's Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) Waiver, and the Quality Improvement (QI) and Utilization Management (UM) sections of the Provider Manual, the purpose of the QI & RM Committee is to provide a forum by which various relevant divisions across the organization can regularly meet to discuss issues related to network performance, outcomes, capacity, training, and concerns, all with the overarching goal of optimizing outcomes and minimizing the possibility of adverse outcomes or loss. In doing so, the QI & RM Committee will request, review, and lead the administrative and clinical quality improvement activities within SAPC, including problem identification and the formulation of quality improvement plans. The QI & RM Committee meets every other month with representatives from all SAPC areas responsible for managing the SAPC SUD treatment provider network.

COMMITTEE RESPONSIBILITIES

Core responsibilities of the **QI & RM Committee** include the following:

- Establish and maintain an integrated strategy to ensure patient safety and satisfaction, quality of care, and organizational efficiencies.
- Review and evaluate the result of quality improvement activities.
- Develop, implement, and manage the two PIPs that counties are required to implement on an annual basis, with one PIP focusing on a clinical issue and another PIP focusing on a non-clinical issue.
- Track, monitor, prepare, and ensure compliance with EQRO and other State requirements by reviewing subcommittee reports on a biannual basis.
- Review targeted clinical records associated with flagged complaint/grievance and appeals filed by patients, their representatives, and/or providers.
- Recommend policy decisions related to quality improvement and risk management.

COMMITTEE STRUCTURE

The QI & RM Committee shall be led by a chair (SAPC Director) and co-chair (SAPC Deputy Director) (or their designees as needed). Members of the Committee shall be decided by consensus of the Committee, under the leadership of the chair and co-chair.

Members of the QI & RM Committee shall represent the following SAPC Branches and Divisions:

- Executive Office (SAPC Director and Deputy Director of Treatment)
- Clinical Service Division
- Health Outcome and Data Analytics Division
- Strategic and Network Development Division
- Systems of Care Division
- Contracts and Compliance Division
- Finance Division
- SAGE Management (Electronic Health Record) Division
- Information Systems Division
- Prevention Division

External representation will include:

- The Los Angeles County Help Line for Mental Health and Substance Use Services
- Client Engagement Navigation Services (CENS)
- SAPC Provider Network

PROCEDURES

The procedures for the QI & RM Committee are indicated below:

Meetings. The Committee chairs, in consultation with other members of the Committee, will determine the frequency and length of the Committee meetings. However, the Committee shall meet at minimum every other month. The committee will meet regularly on dates that are announced in advance and the agenda will be developed by the chairs of the Committee in consultation with the Committee's membership. Attendees of meetings will be at the discretion of the Committee in consultation with involved stakeholders.

Reports. Meeting minutes serve to document the Committee's activities and may include information regarding outcomes, recommendations, actions taken, and follow up items from previous meetings. Minutes shall be circulated during and/or prior to the scheduled Committee meetings.

Performance Improvement Projects. The Committee will develop, implement, and manage the two PIPs that counties are required to implement on an annual basis, with one PIP focusing on clinical issue and another PIP focusing on non-clinical issues.

External Quality Review Organization (EQRO) Responsibilities. The Committee will track, monitor, prepare, and ensure compliance with EQRO and other State requirements.

Oversight. The Committee will review and monitor the following provider submissions:

- Reportable Incidents: Reportable incidents are patient safety events that result in death, permanent harm, severe temporary harm, and/or intervention required to sustain life. Reportable Incidents must be reported to the SAPC Contracts and Compliance Division, which will then ensure that the appropriate entities within SAPC are included and raise this to the QI

& RM Committee. Additionally, the Risk Management Committee at the provider agency level is also required to investigate Reportable Incidents.

- **Adverse Events:** Adverse Events are incidents that have a direct or indirect impact on the community, patients, staff, and/or the entire provider agency. Adverse Events must be addressed by the Risk Management Committee at the provider agency level and are submitted to SAPC at provider discretion. If the SAPC Contracts and Compliance Division deems an Adverse Event as requiring input from the QI & RM Committee, it can be submitted to the Committee for review.
- **Complaint/Grievance:** A complaint or grievance from patients or providers are an expressed dissatisfaction with elements of care including, but not limited to, quality of care, services, and/or treatment. These occurrences will be addressed as a component of the SAPC Contracts and Compliance Division, and typically will not be reviewed by the QI & RM Committee unless a specific complaint/grievance is identified and rises to the level of requiring involvement of the QI & RM Committee.

Record Keeping. Documentation and reviews of Reportable Incidents, and applicable Adverse Events and Complaints/Grievances will be maintained, and such records may be kept in hard copy, electronically, or both. In either case, sufficient safeguards will be established (e.g., locked cabinets for hard copy files, password protection and encryption for electronic files, access for authorized staff only) to maintain confidentiality.

Committee Findings. Notable findings of the QI & RM Committee will be incorporated into provider educational programs, the re-credentialing and contracting process, and annual review evaluations. All quality improvement and risk management activities and resulting actions will be documented to demonstrate the Committee's impact on improving service delivery across the SAPC network. Additionally, quality improvement and risk management activities will recognize the importance of constructive outcomes as well as correcting instances of deficient practice. In instances of deficient practice, written Corrective Action Plans (CAPs) will be submitted to and reviewed by the Committee. CAPs will fall into one of three categories: systems actions, educational actions, or individual follow-up and will detail what was done, who was responsible, and the timeframe for completion and follow-up.

Confidentiality. All activities and findings of the QI and RM Committee are confidential under CA Evidence Code Section 1157.6 related to Peer Review Activities and Government Code 825 related to Personnel Records and as a Patient Safety Work Product under the Patient Safety Organization (PSO): An entity established pursuant to the Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005, Pub. L. 109-41, 42 U.S. C. 299b-21—b26 (Reference 2) and the regulations that interpret it, 42 CFR Parts 2 and 3. All SAPC contracted providers are required to comply with Title 42, Chapter I, Subchapter A, Part 2 of the Code of Federal Regulations (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records).

QUALITY IMPROVEMENT WORKPLAN

Department of Mental Health

DMH's QAPI Work Plan for 2025 is organized into seven significant domains: Service Delivery Capacity, Accessibility of Services, Member Satisfaction, Clinical Care, Continuity of Care, Provider Appeals, and Performance Improvement Projects. Each domain is designed to address service needs and service quality. For 2025, Accessibility of Services is the focus of the Non-clinical Performance Improvement Project.

The QAPI Work Plan is a living document. The Department's QIC will review QAPI Work Plan goals and related progress bi-annually to ensure coverage of all components of the QAPI Work Plan. Moreover, the QI Unit and QICs will be tasked with reviewing and assessing the results of QAPI Work Plan activities, recommending policy decisions, and monitoring the progress of the clinical and non-clinical PIPs. Stakeholders can use the following QAPI Work Plan as a resource for informed decision-making and planning. A detailed version of DMH's Work Plan for 2025 is available in Appendix A.

DMH's Work Plan 2025

NO.	DOMAIN	GOAL
1A.	Service Delivery Capacity	Improve language accessibility for our members and community stakeholders.
1B.	Service Delivery Capacity	Enhance mental health education and decrease stigma in Asian Pacific Islander, Latino, and LGBTQ+ communities.
1C.	Service Delivery Capacity	Educate DMH workforce on Peer Services and provide training to peer workforce to improve quality and quantity of services provided.
2A.	Member Satisfaction	Evaluate Consumer Perception Survey (CPS) findings to identify areas of improvement in our system of care.
2B.	Member Satisfaction	Monitor grievances, appeals, and requests for a Change of Provider (COP).
3A.	Clinical Care	Publishing data reports for DMH internal use and legal entity providers.
3B.	Clinical Care	Implement changes to Care Court data reporting requirements.
3C.	Clinical Care	Develop robust customer service systemwide.
3D.	Clinical Care	Continue to further develop a mechanism to measure and track Healthcare Effectiveness Data and Information (HEDIS) Measures.
3E.	Clinical Care	Continue the roll out of Level of Care Utilization system (LOCUS) as Adult Level of Care Tool.
3F.	Clinical Care	Evaluation of the Quality Improvement Program.
4A.	Continuity of Care	Develop a systemwide strategy to reduce 7 and 30-day rehospitalization rates.
4B.	Continuity of Care	Develop Behavioral Health Transformation (BHT) Integrated Plan Needs Assessment for Los Angeles County.
5.	Provider Appeals	Monitor Provider Appeals.
6A.	Performance Improvement Projects	Clinical PIP for CY 2025 will aim to improve the Follow-up After Emergency Department Visit for Mental Illness (FUM) measurement rate.
6B.	Performance Improvement Projects & Accessibility of Services	Non-clinical PIP for CY 2025 will aim to improve access from first contact from any referrals source to first offered appointment for any outpatient non-urgent non-psychiatry SMHS for 0–20-year-olds.

Department of Public Health – Substance Abuse Prevention and Control

SAPC's Quality Improvement & Risk Management (QI/RM) Committee meets every other month, and our QI Branch meets every other week to identify opportunities to improve quality of services, manage compliance and risk management, review complaints/grievances and appeals, ensure cross-division collaboration and information exchange, and support provider-level quality improvement.

We adopted this QI Work Plan for 2025 and updated QI Program Goals and Objectives to describe our plan to assess SAPC-network performance against best practice guidelines and implement interventions which ensure that SUD services follow generally accepted standards of clinical practice. We elaborated three specific focus areas to this end: our EQRO Process Improvement Plans, our use of the QI/RM committee and QI Branch to compile and review positive and negative variances in quality, and to ensure collaboration and information exchange related to QI within SAPC in accordance with priority metrics.

We specifically align the QI Program metrics to accord with the DMC-ODS STCs and DHCS BHIN 24-001, as described above, and will review and update these metrics with subsequent revisions to the DMC-ODS terms and conditions. We prioritized measures in the areas of access to care, timeliness of care, quality of provider documentation, quality of provider care, compliance with utilization management timeframe and standards, and care outcomes.

SAPC's QI Branch collaborates with the Contracts and Compliance Division to process grievances and appeals in accordance with SAPC policies and procedures related to processing grievances, including those described within current version of the SAPC provider manual, and with all applicable state policies.

SAPC's QI Branch reviews each grievance and appeal from provider agencies resulting from adverse determinations related to patient financial eligibility and documentation to identify reasons for overturning these adverse determinations to identify instances where there was retrospective resolution to financial eligibility, including instances where the transition of the patient's county of residence, where there were adjudication errors, where there were technology errors, and in instances where retrospective changes in state policy resulted in changes in patient eligibility for services.

SAPC's QI Branch further conducts a twice-a-year review a sample of patient charts from the contracted provider network to review the following additional documentation metrics for CY 2025:

- Percent of charts reviewed with late documentation (in accordance with BHIN 23-068)
- Percent of charts reviewed where there was missing documentation of LPHA involvement and review of Problem List or Treatment Plan.
- Percent of admissions where service hours did not align with the provided level of care.
- Percent of admissions where there was lack of alignment between ASAM Assessment and the documented plan of care.
- Percent of admissions where we identified the providers did not refer to appropriate mental health, physical health, housing, legal (DCFS, Court, Probation, etc.)
- Percent of admissions where there was not adequate discharge planning.
- Percent of care coordination notes that did not describe appropriate care coordination services.
- Percent of admissions where appropriate release of information documentation was missing.

- Percent of admissions for withdrawal management where medications for withdrawal during the treatment episode were documented
- Percent of admissions where provider agencies document that they prevented or discouraged the patient from accessing medications for addiction treatment.
- Percent of admissions for patients with opioid use disorder where medications for opioid use disorder were discussed and offered.
- Percent of admissions for patients with opioid use disorder where medications for opioid use disorder were provided, directly or through referral.
- Percent of admissions for patients with alcohol use disorder where medications for alcohol use disorder were discussed and offered.
- Percent of admissions for patients with alcohol use disorder where medications for alcohol use disorder were provided, directly or through referral.
- Percent of admissions for patients with tobacco use disorder where medications for alcohol use disorder were discussed and offered.
- Percent of admissions for patients with tobacco use disorder where medications for alcohol use disorder were provided, directly or through referral.

These documentation metrics are reviewed and revised twice annually as additional documentation trends and issues are identified by QI Branch staff.

The QI Branch's identification of documentation and quality findings are stratified by agency and are used during SAPC's monitoring of our provider agencies to inform the application of appropriate corrective action plans. SAPC's recoupment is limited to instances where there was evidence of fraud waste and/or abuse. For instances of documentation noncompliance, SAPC issues corrective action plans that include the provision of technical assistance and intensification of trainings and updating training content, and other appropriate non-recoupment administrative sanctions.

The SAPC QI Branch, along with the existing SAPC Quality Improvement & Risk Management (QI/RM) Committee, will continue to update and revise the SAPC QI Work Plan throughout 2024-2025.

Tabla Uno: Gastos proyectados en el Continuo de Atención de Salud Conductual									
	El condado ofrece estos servicios	Total de gastos proyectados para adultos y adultos mayores			Total de gastos proyectados para niños y jóvenes (menores de 21 años)			Proyección anual de personas a atender (los recuentos pueden estar duplicados)	
		Año uno	Año dos	Año tres	Año uno	Año dos	Año tres	Adultos y adultos mayores	Niños y jóvenes en
Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)									
Servicios de prevención primaria	☒	\$ 6,166,054.02	\$ 6,278,086.32	\$ 6,392,750.36	\$ 25,660,708.98	\$ 26,126,943.68	\$ 26,604,130.64	42000	158000
Servicios de intervención temprana	☒	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 205,326.24	\$ 213,539.29	\$ 222,080.86	#	96
Servicios ambulatorios	☒	\$ 89,486,895.68	\$ 93,066,371.51	\$ 96,789,026.37	\$ 5,746,950.72	\$ 5,976,828.75	\$ 6,215,901.90	14914	1439
Servicios ambulatorios intensivos	☒	\$ 51,387,049.28	\$ 53,442,531.25	\$ 55,580,232.50	\$ 2,587,038.72	\$ 2,690,520.27	\$ 2,798,141.08	6482	336
Servicios de crisis y basados en el campo	☒	\$ 14,671,386.24	\$ 15,258,241.69	\$ 15,868,571.36	\$ 226,326.24	\$ 235,379.29	\$ 244,794.46	2949	61
Servicios de tratamiento residencial	☒	\$ 196,884,419.20	\$ 204,759,795.97	\$ 212,950,187.81	\$ 4,005,596.00	\$ 4,165,819.84	\$ 4,332,452.63	11192	327
Servicios de hospitalización	☒	\$ 20,467,138.72	\$ 21,285,824.27	\$ 22,137,257.24	\$ 133,712.32	\$ 139,060.81	\$ 144,623.25	2017	24
Servicios de Salud Mental (MH)									
Servicios de prevención primaria	☒	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1,459,000	\$ 1,514,000	\$ 1,562,000	4325	2496
Servicios de intervención temprana	☒	\$ 97,987,000	\$ 101,711,000	\$ 104,966,000	\$ 953,493,000	\$ 989,726,000	\$ 1,021,397,000	51300	81404
Servicios ambulatorios y ambulatorios intensivos	☒	\$ 1,032,680,000	\$ 1,071,924,000	\$ 1,106,226,000	\$ 124,210,000	\$ 128,930,000	\$ 133,056,000	116992	17421
Servicios ante crisis	☒	\$ 259,055,000	\$ 268,899,000	\$ 277,504,000	\$ 20,460,000	\$ 21,237,000	\$ 21,917,000	17190	11096
Servicios de tratamiento residencial	☒	\$ 31,273,000	\$ 32,461,000	\$ 33,500,000	\$ 3,248,000	\$ 3,371,000	\$ 3,479,000	2298	60
Servicios hospitalarios y para casos agudos	☒	\$ 377,774,000	\$ 392,129,000	\$ 404,677,000	\$ 101,513,000	\$ 105,370,000	\$ 108,742,000	18373	4341
Servicios de atención subaguda y a largo plazo	☒	\$ 148,562,000	\$ 154,207,000	\$ 159,142,000	\$ 2,370,000	\$ 2,460,000	\$ 2,539,000	1721	2
Servicios de vivienda (MH + SUD)									
Servicios del componente de intervención de vivienda	☒	\$ 338,364,327	\$ 295,151,327	\$ 258,292,327	\$ 11,110,478	\$ 13,295,478	\$ 13,451,478	12316	355
Total de gastos proyectados y personas atendidas									
Total de gastos proyectados y personas atendidas (calculado automáticamente)	-	\$ 2,664,758,270.09	\$ 2,710,573,177.96	\$ 2,754,025,352.59	\$ 1,256,429,137.27	\$ 1,305,451,569.98	\$ 1,346,705,602.87	304069	277458

Tabla Dos: Otros Gastos del Condado			
Otros gastos	Total de gastos proyectados		
	Año uno	Año dos	Año tres
Actividades de infraestructura de capital	\$ 41,000,000	\$ 41,000,000	\$ 41,000,000
Actividades de inversión en la fuerza laboral	\$ 49,254,000	\$ 49,416,750	\$ 49,587,638
Actividades de Calidad y Responsabilidad, Análisis de Datos, y Gestión del Plan y Actividades Administrativas (incluidas las actividades administrativas indirectas)	\$ 592,682,603	\$ 613,069,996	\$ 629,114,193
Otros Servicios/Actividades de la Agencia de Salud Conductual del Condado (por ejemplo, Guardián Público, Ley CARE, Conservadurías LPS, DSH para Vivienda, Programas de Desvío Judicial)	\$ 153,825,937	\$ 158,730,937	\$ 163,018,937
Total de gastos proyectados			
Total de gastos proyectados (calculado automáticamente)	\$ 836,762,539.72	\$ 862,217,682.58	\$ 882,720,767.93

Tabla Tres: Gastos Anuales Proyectados por Fuente de Financiamiento de Salud Conductual del Condado

	Total de gastos anuales proyectados (Año uno)	Total de gastos anuales proyectados (Año dos)	Total de gastos anuales proyectados (Año tres)
BHSA	\$ 1,140,250,000	\$ 1,158,159,570	\$ 1,081,182,570
Reordenamiento de 1991 (Ley Bronzan-McCorquodale)	\$ 445,619,000	\$ 462,553,000	\$ 477,355,000
Reordenamiento de 2011 (Reordenamiento de Seguridad Pública)	\$ 821,744,670	\$ 855,460,843	\$ 885,123,080
Fondo General del Estado	\$ 140,357,103	\$ 145,784,587	\$ 150,841,410
FFP (SMHS, DMC/DMC-ODS, NSMHS)	\$ 1,808,741,447	\$ 1,903,013,825	\$ 2,086,199,058
Proyectos de asistencia para la transición tras la situación de falta de vivienda (PATH)	\$ 1,663,000	\$ 1,663,000	\$ 1,663,000
Subvención en bloque para servicios de salud mental comunitaria (MHBG)	\$ 21,207,000	\$ 21,207,000	\$ 21,207,000
Subvención en bloque para el tratamiento del abuso de sustancias (SUBG)	\$ 60,259,435	\$ 60,259,435	\$ 60,259,435
Seguros médicos comerciales	\$ 1,875,000	\$ 1,946,000	\$ 2,008,000
Fondo General del Condado	\$ 73,537,000	\$ 73,537,000	\$ 73,537,000
Fondos de acuerdos por opioides	\$ 16,431,313	\$ 16,431,313	\$ 16,431,313
Otras fuentes de financiamiento	Total de gastos anuales proyectados (Año uno)	Total de gastos anuales proyectados (Año dos)	Total de gastos anuales proyectados (Año tres)
Otras subvenciones federales	\$ 7,824,500	\$ 7,999,500	\$ 8,152,500
Otros fondos estatales (incluyendo el financiamiento de DSH)	\$ 125,797,776	\$ 76,118,654	\$ 24,102,654
Otros fondos del condado para salud mental o SUD	\$ 92,642,703	\$ 94,108,703	\$ 95,389,703
Otros fondos de fundaciones	\$ -	\$ -	\$ -
Resumen	Proyección anual total (Año uno)	Proyección anual total (Año dos)	Proyección anual total (Año tres)
Total de gastos proyectados (todas las fuentes de financiamiento/programas de salud conductual) (calculado automáticamente)	\$ 4,757,949,947.08	\$ 4,878,242,430.51	\$ 4,983,451,723.39
Total proyectado de fondos no gastados de la BHSA	\$ -	\$ -	\$ -
Validación automática: Tabla 1: Gastos proyectados en el Continuo de Atención de Salud Conductual	\$ 3,921,187,407.36	\$ 4,016,024,747.93	\$ 4,100,730,955.45
Validación automática: Tabla 2: Otros Gastos del Condado	\$ 836,762,539.72	\$ 862,217,682.58	\$ 882,720,767.93

Tabla Cuatro: Transferencias de la BHSA					
Resumen (calculado automáticamente)					
	Intervenciones en Vivienda	Asociaciones de servicios completos	Servicios y apoyos de salud conductual	Totales	
Año uno					
Porcentajes de asignación total ajustados (exenciones y transferencias)	30%	35%	35%	100%	
Asignación de componentes prevista (basada en los porcentajes de asignación ajustados)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Año dos					
Porcentajes de asignación total ajustados (exenciones y transferencias)	30%	35%	35%	100%	
Asignación de componentes prevista (basada en los porcentajes de asignación ajustados)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Año tres					
Porcentajes de asignación total ajustados (exenciones y transferencias)	30%	35%	35%	100%	
Asignación de componentes prevista (basada en los porcentajes de asignación ajustados)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Fondos no gastados de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) a BHSA	\$ -	\$ 130,000,000.00	\$ 770,000,000.00	\$ 900,000,000.00	
Exceso de la Reserva Prudencial (PR) hacia la BHSA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Exención del Componente de Intervención de Vivienda del Fondo de Servicios de Salud Conductual (BHSP) (Capacidad de cambiar el porcentaje general del componente)					
Componente base	Porcentaje del componente de intervención de vivienda	Fondos para Intervenciones de Vivienda			
Porcentaje base	30%	\$ -			
Monto de transferencia de salida	0%	\$ -			
Monto de transferencia de entrada	0%	\$ -			
Nuevo porcentaje base de Intervenciones de Vivienda (calculado automáticamente)	30%	\$ -			
Transferido hacia / desde	completos	Fondos para Asociaciones de servicios completos			
Porcentaje base	35%	\$ -			
Porcentaje añadido	0%	\$ -			
Nuevo porcentaje base de FSP (calculado automáticamente)	35%	\$ -			
Transferido hacia / desde	Porcentaje de Servicios y apoyos de salud conductual				
Porcentaje base	35%	\$ -			
Porcentaje añadido	0%	\$ -			
Nuevo porcentaje base de BHSS (calculado automáticamente)	35%	\$ -			
Asignaciones de solicitud de transferencia de fondos					
Año 1					
	Componente de Intervención de vivienda (1)	Asociaciones de servicios completos			
Porcentaje base después de la exención del Componente de Intervención de Vivienda (calculado automáticamente)	30%	35%	35%		
Monto de transferencia de salida	0%	0%	0%		
Monto de transferencia de entrada	0%	0%	0%		
Nuevo porcentaje base después de la solicitud de transferencia de fondos (calculado automáticamente)	30%	35%	35%		
Año 2					
	Componente de Intervención de vivienda (1)	Asociaciones de servicios completos	Servicios y apoyos de salud conductual		
Porcentaje base después de la exención del Componente de Intervención de Vivienda (calculado automáticamente)	30%	35%	35%		
Monto de transferencia de salida	0%	0%	0%		
Monto de transferencia de entrada	0%	0%	0%		
Nuevo porcentaje base después de la solicitud de transferencia de fondos (calculado automáticamente)	30%	35%	35%		

Año 3			
	Componente de Intervención de vivienda (1)	Asociaciones de servicios completos	Servicios y apoyos de salud conductual
Porcentaje base después de la exención del Componente de Intervención de Vivienda (calculado automáticamente)	30%	35%	35%
Monto de transferencia de salida	0%	0%	0%
Monto de transferencia de entrada	0%	0%	0%
Nuevo porcentaje base después de la solicitud de transferencia de fondos (calculado automáticamente)	30%	35%	35%

Transferencias de la MHSA hacia la BHSA				
Componente de la MHSA	Fondos disponibles no utilizados de la BHSA	Transferido al componente de Intervención de Vivienda	Transferido a Asociaciones de servicios completos	Transferido a Servicios y apoyos de salud conductual
CSS	\$ 661,228,000.00			\$ 661,228,000.00
PEI	\$ 238,772,000.00	\$ -	\$ 130,000,000.00	\$ 108,772,000.00
INN	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
WET	\$ -			\$ -
CFTN	\$ -			\$ -
Total (calculado automáticamente)	\$ 900,000,000.00	\$ -	\$ 130,000,000.00	\$ 770,000,000.00

Exceso de la Reserva Prudencial hacia los componentes de la BHSA	
Transferencia de la Reserva Prudencial a la asignación de componentes de la BHSA	Monto
Saldo estimado de la Reserva Prudencial local al cierre del año fiscal anterior	\$ 147,484,000.00
Monto máximo de la Reserva Prudencial local (2)	\$ 186,845,000.00
Excedente de fondos de la Reserva Prudencial que debe ser transferido	\$ (39,361,000.00)
Intervención de vivienda (3)	\$ -
FSP	\$ -
BHSS (4)	\$ -
Total de exceso de la Reserva Prudencial transferido (calculado automáticamente)	\$ -

Tabla Cinco: Componentes de la BHSA

Financiamiento total para Intervenciones de Vivienda (1)				Tabla Cinco: Componentes de la BHSA		
	Año 1	Año 2	Año 3			
Total estimado del financiamiento recibido para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (Fondos de la BHSA)	\$ 270,759,000.00	\$ 265,364,000.00	\$ 263,178,000.00			
Total estimado del financiamiento asignado para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (MHSA - Fondos no utilizados transferidos del ejercicio anterior)	\$ -	\$ -	\$ -			
Financiamiento total estimado para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (Fondos de la BHSA + MHSA)	\$ 270,759,000.00	\$ 265,364,000.00	\$ 263,178,000.00			
	Gastos proyectados: únicamente fondos de la MHSA y la BHSA no			Gastos proyectados: todas las demás fuentes de financiamiento		
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
Programas y servicios del componente de Intervenciones de Vivienda						
Entornos permanentes sin límite de tiempo (por ejemplo: vivienda de apoyo, departamentos, casas unifamiliares y multifamiliares, vivienda compartida) (2)						
Subsidios de alquiler	\$ 30,370,000.00	\$ 31,822,000.00	\$ 32,427,000.00	\$ 12,117,000.00	\$ 11,799,000.00	\$ 3,078,000.00
Subsidios operativos	\$ -	\$ -	\$ 2,350,000.00	\$ 9,402,000.00	\$ 9,402,000.00	\$ 7,051,000.00
Subsidios operativos y de alquiler combinados	\$ 40,795,000.00	\$ 43,359,000.00	\$ 33,409,000.00	\$ 7,452,000.00	\$ 7,452,000.00	\$ 7,452,000.00
% de subsidios operativos y de alquiler administrados a través de fondos flexibles	93%	93%	92%	100%	100%	99%

Entornos temporales con límite de tiempo (por ejemplo: estancias en hoteles y moteles, modelos de vivienda temporal no colectiva, cuidados de recuperación) (2)						
Subsidios de alquiler	\$ 150,000.00	\$ 13,586,322.00	\$ 13,586,322.00	\$ 33,472,557.00	\$ 20,036,235.00	\$ 20,036,235.00
Subsidios operativos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Subsidios operativos y de alquiler combinados	\$ 38,687,000.00	\$ 70,614,000.00	\$ 119,250,000.00	\$ 68,733,000.00	\$ 47,655,000.00	\$ 1,407,000.00
% de subsidios operativos y de alquiler administrados a través de fondos flexibles	75%	86%	92%	100%	100%	100%
Otros apoyos de vivienda: Fondos para vinculación y mitigación de propietarios (2)	\$ 70,000.00	\$ 70,000.00	\$ 70,000.00	\$ 67,000.00	\$ 67,000.00	\$ 67,000.00
Otros apoyos de vivienda: Fondos de asistencia para participantes (2)	\$ 5,025,000.00	\$ 5,050,000.00	\$ 4,950,000.00	\$ 996,000.00	\$ 987,000.00	\$ 948,000.00
Otros apoyos de vivienda: Servicios de navegación para la transición de vivienda y servicios para el mantenimiento de la tenencia de vivienda (2)	\$ 22,700,000.00	\$ 30,577,248.00	\$ 24,411,248.00	\$ 7,375,248.00	\$ -	\$ -
Otros apoyos de vivienda: Actividades de alcance y participación	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Proyectos de infraestructura de capital	\$ 14,860,000.00	\$ -	\$ -	\$ 25,408,000.00	\$ 15,130,000.00	\$ 1,041,000.00
Gastos de fondos flexibles de vivienda (gastos de puesta en marcha)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Proyectos y programas piloto de intervenciones de vivienda innovadoras	\$ 31,795,000.00	\$ 840,000.00	\$ 210,000.00			
Subtotal (calculado automáticamente)	\$ 184,452,000.00	\$ 195,918,570.00	\$ 230,663,570.00	\$ 165,022,805.00	\$ 112,528,235.00	\$ 41,080,235.00
Información administrativa del componente de Intervenciones de Vivienda	Año 1	Año 2	Año 3			
Administración del componente de Intervenciones de Vivienda	\$ 27,042,000.00	\$ 27,147,000.00	\$ 24,859,000.00			
Total de gastos de Intervenciones de Vivienda (calculado automáticamente)	\$ 211,494,000.00	\$ 223,065,570.00	\$ 255,522,570.00			
Poblaciones que recibirán servicios de Intervenciones de Vivienda	Año 1	Año 2	Año 3			

Total de fondos del componente de Intervenciones de Vivienda destinados a la población en situación de calle crónica (5)	\$ 135,380,000.00	\$ 132,682,000.00	\$ 131,589,000.00
Total de fondos del componente de Intervenciones de Vivienda destinados a atender únicamente a personas con un trastorno por consumo de sustancias (SUD) (5)	\$ -	\$ -	\$ -
Información sobre transferencias de Intervenciones de Vivienda	Año 1	Año 2	Año 3
Transferencias al componente de Intervenciones de Vivienda desde la Reserva Prudencial local	\$ -	\$ -	\$ -
Transferencias desde el componente de Intervenciones de Vivienda hacia la Reserva Prudencial local (6)	\$ -	\$ -	\$ -
Validación de fondos del componente de Intervenciones de Vivienda (calculado automáticamente según los datos ingresados arriba)	Año 1	Año 2	Año 3
Proporción de fondos de Intervenciones de Vivienda destinados a infraestructura de capital/Financiamiento total de Intervenciones de Vivienda (7) (calculado automáticamente)	5%	0%	0%
Proporción de fondos de Intervenciones de Vivienda destinados a la población en situación de calle crónica/Financiamiento total del componente (8) (calculado automáticamente)	50%	50%	50%
Proyección de personas que recibirán servicios (recuento sin duplicados)	Año 1	Año 2	Año 3
Niños y jóvenes en edad de transición elegibles	298	384	455
Adultos y adultos mayores elegibles	8296	7590	7600

Tabla Seis: Componentes de la BHSA									
Financiamiento total para Asociaciones de Servicios Completos (FSP)									
	Año 1	Año 2	Año 3						
Total estimado de financiamiento recibido para Asociaciones de Servicios Completos (Fondos de la BHSA)	\$ 315,886,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 307,041,000.00						
Total estimado de financiamiento asignado para Asociaciones de Servicios Completos (MHSA - Fondos no utilizados transferidos del ejercicio anterior)	\$ 130,000,000.00	\$ -	\$ -						
Total estimado de financiamiento para Asociaciones de Servicios Completos (Fondos de la BHSA + MHSA)	\$ 445,886,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 307,041,000.00	Categoría de Asociación de Servicios Completos (FSP) (1)					
Tipo de servicio	Gastos proyectados: únicamente fondos de la MHSA y la BHSA no utilizados			Gastos proyectados: participación financiera federal			Gastos proyectados: todas las demás fuentes de financiamiento		
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
Programas/Servicios de FSP									
Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT)(2)	\$ 16,717,000.00	\$ 17,352,000.00	\$ 17,907,000.00	\$ 22,751,000.00	\$ 23,616,000.00	\$ 24,372,000.00	\$ 7,850,000.00	\$ 8,148,000.00	8,409,000.00
Fidelidad al Tratamiento Asertivo Comunitario Forense (FACT) (2)	\$ 6,183,000.00	\$ 6,418,000.00	\$ 6,623,000.00	\$ 8,415,000.00	\$ 8,735,000.00	\$ 9,015,000.00	\$ 2,903,000.00	\$ 3,013,000.00	3,109,000.00
Gestión Intensiva de Casos de FSP	\$ 149,501,000.00	\$ 155,182,000.00	\$ 160,148,000.00	\$ 203,462,000.00	\$ 211,194,000.00	\$ 217,952,000.00	\$ 70,200,000.00	\$ 72,868,000.00	75,200,000.00
Servicios Integrales de Alta Fidelidad	\$ 60,125,000.00	\$ 62,410,000.00	\$ 64,407,000.00	\$ 65,538,000.00	\$ 68,028,000.00	\$ 70,205,000.00	\$ 4,357,000.00	\$ 4,523,000.00	4,668,000.00
Modelo de Empleo Apoyado de Colocación e Apoyo Individual (IPS) (2)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	-
Iniciación Asertiva en el Terreno para Servicios de Tratamiento de SUD	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	-
Otros servicios de salud mental o de apoyo no incluidos anteriormente (por ejemplo, alcance comunitario, otros servicios orientados a la recuperación, compañeros de apoyo, etc.) Defina:	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	-
Otros servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias no incluidos anteriormente (programas principales de FSP para SUD, innovación, etc.): Defina:	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	-
Pilotos y proyectos innovadores de FSP	\$ -	\$ -	\$ -						
Subtotal (calculado automáticamente)	\$ 232,526,000.00	\$ 241,362,000.00	\$ 249,085,000.00	\$ 300,166,000.00	\$ 311,573,000.00	\$ 321,544,000.00	\$ 85,310,000.00	\$ 88,552,000.00	91,386,000.00
Información administrativa de FSP	Año 1	Año 2	Año 3						
Administración de Asociaciones de Servicios Completos	\$ 54,149,000.00	\$ 56,207,000.00	\$ 58,006,000.00						
Gastos totales de Asociaciones de Servicios Completos (se completa automáticamente)	\$ 286,675,000.00	\$ 297,569,000.00	\$ 307,091,000.00						
Información sobre transferencias de FSP	Año 1	Año 2	Año 3						
Transferencias al componente de FSP desde la Reserva Prudencial Local	\$ -	\$ -	\$ -						
Transferencias del componente de FSP hacia la Reserva Prudencial Local	\$ 39,361,000.00	\$ -	\$ -						
Proyección de personas que recibirán servicios (recuento sin duplicados)	Año 1	Año 2	Año 3						
Niños y jóvenes en edad de transición elegibles	3703	3740	3777						
Adultos y adultos mayores elegibles	10443	10547	10652						

Tabla Siete: Componentes de la BHSA									
Tipo de servicio	Gastos proyectados: únicamente fondos de la MHSA y la BHSA no utilizados			Gastos proyectados: participación financiera federal			Gastos proyectados: todas las demás fuentes de financiamiento		
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
Total estimado del financiamiento recibido para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (Fondos de la BHSA)	\$ 315,886,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 307,041,000.00						
Total estimado del financiamiento asignado para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (MHSA - Fondos no utilizados transferidos del ejercicio anterior)	\$ 485,000,000.00	\$ 285,000,000.00	\$ -						
Financiamiento total estimado para Servicios y Apoyos de Salud Conductual (Fondos de la BHSA + MHSA)	\$ 800,886,000.00	\$ 594,591,000.00	\$ 307,041,000.00						
Categoría de Servicios y Apoyos de Salud Conductual (1)									
Programas/Servicios de BHSS									
Sistema de Atención para Niños (fuera de FSP)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1,459,000	\$ 1,514,000	\$ 1,562,000
Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores, excluyendo las poblaciones identificadas en 5892(a)(1) y 5892(a)(2) (fuera de FSP)	\$ 7,916,000	\$ 8,217,000	\$ -	\$ 397,968,000	\$ 413,091,000	\$ 426,310,000	\$ 696,424,000	\$ 722,888,000	\$ 754,500,000
Gastos de Intervención Temprana	\$ 297,599,000	\$ 308,908,000	\$ 258,562,000	\$ 685,177,000	\$ 711,214,000	\$ 733,973,000	\$ 449,540,000	\$ 466,623,000	\$ 541,786,000
Total de gastos de Intervención Temprana enfocada en la juventud (25 años o menos)	\$ 241,373,000	\$ 250,545,000	\$ 258,562,000	\$ 545,645,000	\$ 566,380,000	\$ 584,504,000	\$ 338,667,000	\$ 351,536,000	\$ 362,785,000
Atención Especializada Coordinada para el Primer Episodio de Psicosis	\$ 6,400,000	\$ 6,643,000	\$ 6,856,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Divulgación y participación	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral (WET)	\$ 35,000,000	\$ 35,000,000	\$ 35,000,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Fondos de WET dedicados de la BHSA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Fondos de WET dedicados de la MHSA	\$ 35,000,000	\$ 35,000,000	\$ 35,000,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Instalaciones de Capital y Necesidades Tecnológicas (CFTN)	\$ 41,000,000	\$ 41,000,000	\$ 41,000,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Fondos de CF/TN dedicados de la BHSA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Fondos de CF/TN dedicados de la MHSA	\$ 41,000,000.00	\$ 41,000,000.00	\$ 41,000,000.00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Pilotos y proyectos innovadores de BHSS	\$ -	\$ -	\$ -						
Subtotal (calculado automáticamente)	\$ 381,515,000.00	\$ 393,125,000.00	\$ 334,562,000.00	\$ 1,083,145,000.00	\$ 1,124,305,000.00	\$ 1,160,283,000.00	\$ 1,147,423,000.00	\$ 1,191,025,000.00	\$ 1,297,848,000.00
Información administrativa de BHSS	Año 1	Año 2	Año 3						
Administración de Servicios y Apoyos de Salud Conductual	228,869,000.00	\$ 212,566,000.00	\$ 151,881,000.00						
Gastos totales de Servicios y Apoyos de Salud Conductual (se completa automáticamente)	\$ 610,384,000.00	\$ 605,691,000.00	\$ 486,443,000.00						
Información sobre transferencias de la Reserva Prudencial de BHSS	Año 1	Año 2	Año 3						
Transferencias al componente de BHSS desde la Reserva Prudencial Local	\$ -	\$ -	\$ -						
Transferencias del componente de BHSS hacia la Reserva Prudencial Local	\$ -	\$ -	\$ -						
Validación de Servicios y Apoyos de Salud Conductual (se completa automáticamente según los datos ingresados arriba)	Año 1	Año 2	Año 3						
Gastos de Intervención Temprana con fondos de BHSS / Financiamiento total de BHSS (2)	64%	92%	209%						
Gastos de Intervención Temprana enfocada en la juventud / Total de fondos de Intervención Temprana asignados (3)	81%	81%	100%						
Proyección de personas que recibirán servicios (recuento sin duplicados)	Año 1	Año 2	Año 3						
Niños y jóvenes en edad de transición elegibles	83040	83870	84708						
Adultos y adultos mayores elegibles	169225	170404	171595						
Fondos proyectados de BHSS transferidos a WET o CF/TN	Año 1	Año 2	Año 3						
Transferencia de BHSS a WET	\$ -	\$ -	\$ -						
Transferencia de BHSS a CF/TN	\$ -	\$ -	\$ -						
Fondos proyectados disponibles de WET y CF/TN con origen en la MHSA (exentos de los requisitos de subasignación)	Año 1	Año 2	Año 3						
Fondos estimados de WET de la MHSA	\$ 155,600,000	\$ 120,600,000.00	\$ 85,600,000.00						
Fondos estimados de CF/TN de la MHSA	\$ 179,800,000	\$ 138,800,000.00	\$ 97,800,000.00						

Tabla Ocho: Administración del Plan de la BHSa			
ADMINISTRACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN INTEGRADO	Año 1	Año 2	Año 3
Total de gastos proyectados de Mejora y Monitoreo	\$ 18,685,000.00	\$ 18,328,000.00	\$ 18,188,000.00
Total de gastos proyectados de Planificación Anual del Plan Integrado del Condado	\$ 13,012,000.00	\$ 13,506,456.00	\$ 13,938,662.59
Costos administrativos nuevos y continuos	\$ -	\$ -	\$ -
Validación de la información administrativa			
Total de ingresos anuales proyectados del Fondo Local de Servicios de Salud Conductual	\$ 934,227,000.00	\$ 916,381,000.00	\$ 909,387,000.00
Gastos de Mejora y Monitoreo / Total de ingresos anuales del Fondo Local de Servicios de Salud Conductual (se completa automáticamente)	2%	2%	2%
Total de gastos proyectados de planificación / Total de ingresos anuales proyectados del Fondo Local de Servicios de Salud Conductual (se completa automáticamente)	1%	1%	2%
Financiamiento suplementario para la implementación de BHT (1)	\$ -	\$ -	\$ -

Tabla Nueve: Saldo Estimado de la Reserva Prudencial Local	
Saldo estimado de la Reserva Prudencial local al cierre del año fiscal anterior	\$ 147,484,000.00
Monto máximo de la Reserva Prudencial local (1)	\$ 186,845,000.00
Fondos en exceso de la reserva prudencial (se completa automáticamente)	\$ (39,361,000.00)
Total de fondos de la reserva prudencial por encima del máximo asignados a Intervenciones de Vivienda	\$ -
Total de fondos de la reserva por encima del máximo asignados a Asociaciones de Servicios Completos	\$ -
Total de fondos de la reserva por encima del máximo asignados a Servicios y Apoyos de Salud Conductual	\$ -
Total de fondos en exceso de la reserva prudencial destinados a asignaciones de componentes de la BHSA (se completa automáticamente)	\$ -
Validación automática: asignación de todos los fondos en exceso de la Reserva Prudencial	DOES NOT EQUAL
Total de contribuciones a la Reserva Prudencial Local (se completa automáticamente)	\$ 39,361,000.00
Total de distribuciones de la Reserva Prudencial Local (se completa automáticamente)	\$ -

Tabla Diez: Resumen de Financiamiento de la BHSA (se completa automáticamente)				
	Intervenciones en Vivienda	Asociaciones de servicios completos	Servicios y apoyos de salud conductual	Total
Porcentaje de asignación, con transferencias	30%	35%	35%	100%
Asignaciones de componentes del Año Uno	\$ 270,759,000.00	\$ 315,886,000.00	\$ 315,886,000.00	\$ 902,531,000.00
Asignaciones de componentes del Año Dos	\$ 265,364,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 884,546,000.00
Asignaciones de componentes del Año Tres	\$ 263,178,000.00	\$ 307,041,000.00	\$ 307,041,000.00	\$ 877,260,000.00
Resumen de financiamiento de la BHSA	Intervenciones en Vivienda	Asociaciones de servicios completos	Servicios y apoyos de salud conductual	Totales
Año uno				
Fondos estimados no utilizados de ejercicios anteriores (incluidos fondos de la MHSA) <i>(Fondos de la MHSA no utilizados transferidos de ejercicios anteriores)</i>	\$ -	\$ 130,000,000.00	\$ 770,000,000.00	\$ 900,000,000.00
Asignaciones estimadas de componentes del Año Uno <i>(solo financiamiento de la BHSA)</i>	\$ 270,759,000.00	\$ 315,886,000.00	\$ 315,886,000.00	\$ 902,531,000.00
Transferencias a la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ 39,361,000.00	\$ -	\$ 39,361,000.00
Transferencias desde la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Financiamiento total disponible estimado para el Año Uno	\$ 270,759,000.00	\$ 406,525,000.00	\$ 1,085,886,000.00	\$ 1,763,170,000.00
Gastos totales estimados del Año Uno	\$ 211,494,000.00	\$ 286,675,000.00	\$ 610,384,000.00	\$ 1,108,553,000.00
Año dos				
Fondos estimados no utilizados de ejercicios anteriores (incluidos fondos de la MHSA)	\$ 59,265,000.00	\$ 119,850,000.00	\$ 475,502,000.00	\$ 654,617,000.00
Nuevas asignaciones estimadas de componentes del Año Dos <i>(solo financiamiento de la BHSA)</i>	\$ 265,364,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 309,591,000.00	\$ 884,546,000.00
Transferencias a la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Transferencias desde la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Financiamiento total disponible estimado para el Año Dos	\$ 324,629,000.00	\$ 429,441,000.00	\$ 785,093,000.00	\$ 1,539,163,000.00
Gastos totales estimados del Año Dos	\$ 223,065,570.00	\$ 297,569,000.00	\$ 605,691,000.00	\$ 1,126,325,570.00

Año tres				
Fondos estimados no utilizados de ejercicios anteriores (incluidos fondos de la MHSA)	\$ 101,563,430.00	\$ 131,872,000.00	\$ 179,402,000.00	\$ 412,837,430.00
Nuevas asignaciones estimadas de componentes del Año Tres (solo financiamiento de la BHSA)	\$ 263,178,000.00	\$ 307,041,000.00	\$ 307,041,000.00	\$ 877,260,000.00
Transferencias a la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Transferencias desde la Reserva Prudencial (PR)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Financiamiento total disponible estimado para el Año Tres	\$ 364,741,430.00	\$ 438,913,000.00	\$ 486,443,000.00	\$ 1,290,097,430.00
Gastos totales estimados del Año Tres	\$ 255,522,570.00	\$ 307,091,000.00	\$ 486,443,000.00	\$ 1,049,056,570.00

Certificación del Director de Salud Conductual

Certificación

1. Por la presente certifico que Los Ángeles ha cumplido con todos los requisitos legislativos, normativas y directrices en la preparación y presentación de este Plan Trienal (IP, por sus siglas en inglés) para los Servicios y Resultados de Salud Conductual, incluidos todos los requisitos de responsabilidad fiscal y participación de las partes interesadas. Además, certifico que:
 - ☒ La información, las declaraciones y los anexos incluidos en el Plan Trienal (IP) son, a mi leal saber y entender, verdaderos y correctos.
 - ☒ Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés) se reserva el derecho de solicitar aclaraciones sobre declaraciones poco claras o ambiguas hechas en el IP y otros documentos de apoyo presentados en el IP.
 - ☒ El condado utilizará los fondos de la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA, por sus siglas en inglés) para atender a la(s) población(es) objetivo según lo establecido en la legislación, normativas y directrices.
 - ☒ Los fondos para Salud Conductual de todas las fuentes se utilizarán únicamente en los usos permitidos según lo indicado en la legislación, las normativas y las directrices.
 - ☒ Los fondos de la BHSA serán complementarios, y no sustitutivos, de otros fondos disponibles provenientes de fondos estatales o del condado utilizados para ofrecer servicios de salud mental o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (excepto que esta regla de no sustitución no se aplica a la utilización de los fondos de reordenamiento de 2011 proporcionados a los condados desde la Subcuenta de Salud Conductual o la Cuenta Especial de Crecimiento de Servicios de Salud Conductual).
 - ☒ El IP fue presentado ante la junta local de salud conductual.
2. ¿Desea el condado manifestar algún desafío o inquietud en la implementación de estos requisitos?



- ☐ Sí
- ☒ No

a. Describa cualquier desafío o inquietud en la implementación de los requisitos de rendición de cuentas fiscal y participación de las partes interesadas de la BHSA.

N/A

Información de contacto del Director de la Agencia de Salud Conductual del Condado

3. Nombre del condado

Los Ángeles

4. Certificación para:

- ☒ Plan Integrado de Tres Años
- ☐ Actualización Anual
- ☐ Actualización Intermitente

4a. Tipo de envío:

- ☒ Borrador
- ☐ Final

5. Nombre del Director de la Agencia de Salud Conductual del Condado

Lisa H. Wong, Psy.D.

6. Número de teléfono del Director de la Agencia de Salud Conductual del Condado

(213) 947-6670

7. Correo electrónico del Director de la Agencia de Salud Conductual del Condado

lwong@dmh.lacounty.gov

Información de contacto adicional para condados con directores de Salud Mental (MH) y Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) independientes (opcional)

8. Nombre

Gary Tsai



9. Puesto

Director de la Oficina de Prevención y Control del Abuso de Sustancias; Departamento

10. Teléfono

gtsai@ph.lacounty.gov

11. Correo electrónico

gtsai@ph.lacounty.gov

Firma del Director de la Agencia de Salud Conductual del Condado

12. Nombre en letra de imprenta

Lisa H. Wong, Psy.D.

13. Puesto

Director del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

14. Fecha

1/7/2026

15. Firma

Lisa H. Wong

Firmado digitalmente por Lisa H. Wong
Fecha: 2026.01.07 13:28:30 -08'00'

Firma adicional para los condados con directores de Salud Mental y de Trastornos por Consumo de Sustancias independientes (opcional)

16. Nombre en letra de imprenta

Gary Tsai

17. Puesto

Director de la Oficina de Prevención y Control del Abuso de Sustancias; Departamento

18. Fecha

1/13/26

19. Firma

Gary Tsai

Firmado digitalmente por Gary Tsai
Date: 2026.01.13 17:06:51 -08'00'



County Administrator or Designee Certification

The County Administrator may be known by other titles such as Chief Executive, County Manager, or Chief Administrative Officer. The County Administrator must be the individual who serves as the top staff member in county government and hold the highest level of administrative authority in the county or be the designee of that individual. This individual or their designee must work within the executive office of county government, and they may not be the county behavioral health director.

Certification

1. I hereby certify that:

- ☒ The County will use Behavioral Health Services Act (BHSA) funds to serve the targeted population(s) as described in statute
- ☒ Behavioral Health funding from all sources will be spent only on allowable uses as stated in statute
- ☒ BHSA funding will supplement, and not supplant, other funding available from existing state or county funds utilized to provide mental health services or substance use disorder treatment services (except that this non-supplant rule does not apply to the use of 2011 realignment funds provided to counties from the Behavioral Health Subaccount or Behavioral Health Services Growth Special Account)

2. Does the county wish to disclose any implementation challenges or concerns with these requirements?

- ☐ Yes
- ☒ No

a. If answered yes above, please describe any implementation challenges or concerns with the BHSA fiscal accountability and stakeholder participation requirements

Signature

3. Print name

Joseph M. Nicchitta

4. Date

January 30, 2026

5. Signature

Joseph Nicchitta

Joseph Nicchitta (Jan 30, 2026 12:13:38 PM)

Contact information

6. County Name

Los Angeles

7. Certification for

- ☒ Three-Year Integrated Plan
- ☐ Annual Update
- ☐ Intermittent Update

7a. Submission type

- ☒ Draft

8. County Chief Administration Officer Name

Joseph M. Nicchitta, Acting Chief Executive Officer

9. County Chief Administration Officer Phone number

213-974-1101

10. County Chief Administration Officer Email

jnicchitta@ceo.lacounty.gov