

Condado de Los Ángeles

Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA)

Plan integrado de tres años (años fiscales 2026-2029)



LOS ANGELES COUNTY
DEPARTMENT OF
MENTAL HEALTH
hope. recovery. wellbeing.



COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

SAPC | Substance Abuse
Prevention and Control

Por qué estamos aquí reunidos hoy

Compartir las prioridades del plan y recabar las opiniones del público antes de su aprobación definitiva



Descripción general del plan

Compartir una descripción general del Plan Integrado de Salud Conductual del condado.



Aportes de la comunidad

Explicar cómo las necesidades y los aportes de la comunidad ayudaron a desarrollar el plan.



Comentarios del público

Recibir comentarios del público antes de la adopción definitiva.

Por qué es importante el plan integrado

Ofrece orientación sobre cómo se planifican, gastan y evalúan los fondos destinados a la salud conductual

1

Plan de tres años para definir cómo los condados utilizan todos los fondos destinados a la salud conductual



5

Se centra en una atención oportuna, de alta calidad y adaptada a las diferencias culturales



2

Combina fondos estatales, federales y locales en un único plan coordinado



6

Trabaja para reducir las desigualdades y atender las necesidades no cubiertas de la comunidad



3

Utiliza datos locales para identificar las necesidades en materia de salud mental y consumo de sustancias



7

Aumenta la transparencia en el uso de los fondos



4

Describe los servicios, las prioridades de gasto y los objetivos de los programas



8

Permite realizar un seguimiento del progreso en relación con los objetivos locales y estatales

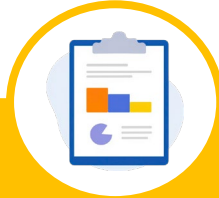


Qué incluye el plan integrado de la BHSA



Plan de tres años

Cómo planifica el condado los servicios de salud conductual y su financiación



Qué contiene el plan

Resumen de alto nivel de la información comunicada



Por qué es importante

Objetivos, prioridades y mejoras en las que estamos trabajando



Requerido por la BHSA

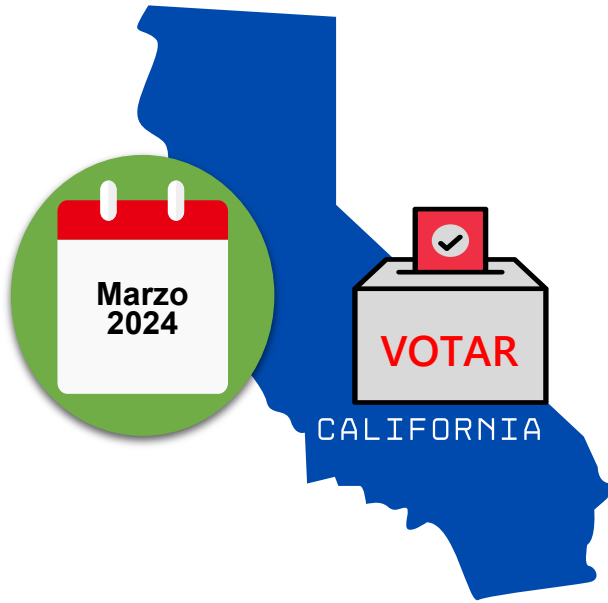
- ✓ Plan obligatorio a nivel de condado en el que se detallan las estrategias y el gasto previsto.
- ✓ Se alinea con los **seis objetivos prioritarios de salud conductual del Departamento de Servicios de Salud (DHCS)**.
- ✓ Exigido en virtud de la **Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA)**.
- ✓ Los condados deben enviar lo siguiente:
 - **Plan integrado de tres años (IP)**
 - **Presupuesto**
- ✓ El primer ciclo abarca los **años fiscales 2026-2029** (del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2029).
- ✓ El plan continúa en un **ciclo recurrente de tres años**.



Descripción general de la Ley de Servicios de Salud Conductual

Cambios clave en virtud de la Propuesta 1

La BHSA amplía su alcance, reorienta la financiación y refuerza la rendición de cuentas a partir del 1 de julio de 2026



Marzo de 2024: los votantes de California aprobaron la Propuesta 1 que sustituye la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) por la Ley de Servicios de Salud Conductual.

Lo que se mantuvo igual

➤ Se conserva el marco fundamental de la ley MHSA

- Los servicios básicos de salud mental comunitaria siguen prestándose.
- Los condados siguen siendo los principales administradores.

Lo que cambió

➤ Ampliación de servicios

- Se agrega el tratamiento de los **trastornos por consumo de sustancias**.
- Nueva **inversión importante en vivienda**.
- Requisitos más estrictos de **participación comunitaria**.

➤ Cambios en la financiación

- Redirige parte de los fondos de la MHSA destinados a servicios ambulatorios y de atención en situaciones de crisis.
- Crea una **nueva categoría de financiación para la vivienda**.
- Elimina la prevención dirigida a la población (actualmente gestionada por el estado).

➤ Planificación e informes

- Los condados ahora deben informar sobre **todos los programas de salud conductual**.
- Incluye servicios de salud mental y para el consumo de sustancias.

➤ Aumento de la supervisión

- La Comisión de Salud Conductual supervisa los servicios de salud mental y para el consumo de sustancias.

➤ Implementación

- **Los cambios en el programa entran en vigor el 1 de julio de 2026**

Cómo se asignan los fondos de la BHSA



Principales cambios en los programas en virtud de la BHSA

La BHSA refuerza el apoyo a las personas con mayores necesidades mediante la ampliación de los servicios intensivos, las inversiones en vivienda y la intervención temprana, al tiempo que mantiene la atención ambulatoria como parte de la atención integral.

BHSS da un giro hacia la alianza de servicios integrales (FSP)



- Mayor énfasis en la **atención intensiva y en equipo** para las personas con mayores necesidades.
- Con la ampliación de los requisitos de elegibilidad, **más adultos y niños** que actualmente reciben atención ambulatoria podrán pasar a la FSP.

La vivienda como componente fundamental del sistema



- La vivienda pasa a ser una categoría de financiación específica con **asignaciones obligatorias**.
- La prioridad es la **vivienda permanente** combinada con servicios de salud conductual, especialmente para las personas en situación de falta de vivienda crónica.

Cambios en la prevención y la intervención temprana



- La prevención universal y selectiva ya no recibe financiación a nivel del condado.
- Los condados podrán seguir prestando servicios de intervención temprana “indicados” a personas con alto riesgo de tener una enfermedad mental grave.

Transformación de los servicios ambulatorios



- Reducción de la financiación de la BHSA para los servicios ambulatorios tradicionales.
- La atención ambulatoria se utiliza cada vez más como punto de entrada o paso previo a la FSP, en lugar de como modelo principal.

Desarrollo y estructura del plan integrado

Proceso de desarrollo del plan

Creado mediante una planificación comunitaria, una consulta pública y las autorizaciones pertinentes



Fundamentos del plan integrado y contexto del sistema

Secciones principales que describen el sistema, las necesidades y las prioridades del condado

Estructura de la plantilla
del plan integrado organizada
en 8 categorías de nivel
superior

Enfoque:
Fundamentos
y contexto
del sistema

01



Información general

- Información de contacto clave del departamento.
- Quién es responsable del plan.
- Identificadores básicos de salud conductual del condado.

02



Flexibilidad en la financiación y solicitudes financieras

- Solicitudes de exención disponibles para condados pequeños.
- Solicitudes para modificar los porcentajes de financiación en función de las necesidades locales.
- Cómo los condados alinean la financiación a las prioridades de la comunidad.

03



Descripción general del sistema de salud conductual del condado

- Cómo funciona el sistema de salud mental y tratamiento de adicciones del condado.
- Poblaciones a las que se les brindan servicios (jóvenes, adultos, personas mayores).
- Sistemas de datos, tecnología y herramientas de generación de informes que se utilizan.
- Tipos de servicios ofrecidos a lo largo del proceso.

04



Requisitos de planificación en todo el estado

- Seis objetivos estatales en materia de salud conductual.
- Medidas a nivel de población que todos los condados deben aplicar.
- Cómo estas medidas orientan la planificación y la asignación de recursos.

Implementación del plan integrado y rendición de cuentas

Cómo se prestan y financian los servicios, y cómo se rinden cuentas

Estructura de la plantilla del plan integrado organizada en 8 categorías de nivel superior

Enfoque:
Implementación
y rendición
de cuentas

05



Participación comunitaria y transparencia

- Participación obligatoria de las partes interesadas.
- Aporte de la comunidad en todas las etapas de planificación.
- Proceso de comentarios públicos y audiencia.

06



Sistema de servicios de salud conductual del condado

- Continuo integral de atención (prevención → atención ambulatoria → situaciones de crisis → vivienda).
- Supervisión y seguimiento de los proveedores contratados.
- Servicios y programas financiados por la BHSA que se ofrecen a nivel local.

07



Estabilidad fiscal y de la mano de obra

- Planificación, contratación y retención del personal.
- Compañeros, profesionales sanitarios, personal de apoyo.
- Asignación presupuestaria y requisitos de reservas prudentes.

08



Aprobación y cumplimiento

- Autorizaciones necesarias del condado (Junta de Salud Conductual, Junta de Supervisores).
- Procesos de cumplimiento y presentación a nivel estatal.
- Certificaciones requeridas y medidas de rendición de cuentas.

Objetivos prioritarios estatales en materia de salud conductual y situación en el condado de Los Ángeles

Objetivos estatales en materia de salud conductual



OBJETIVOS DE MEJORA

Experiencia en atención

Acceso a la atención

Prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes

Calidad de vida

Conexión social

Participación en la escuela

Participación en el trabajo



OBJETIVOS DE REDUCCIÓN

Suicidios

Sobredosis

Trastornos de salud conductual no tratados

Institucionalización

Personas sin hogar

Contactos con la justicia

Retirada de menores del hogar

La equidad en salud se incorporará en cada uno de los objetivos de salud conductual

NOTA: Azul = obligatorio a nivel estatal; verde = seleccionado a nivel local.

Acceso a la atención para adultos y adultos mayores

Servicios para adultos y adultos mayores (21 años en adelante)

5082

Eran miembros con doble cobertura de Medicare y de Medicaid

117 900

Recibieron servicios especiales de salud mental de Medi-Cal (SMHS)

29 800

Recibieron servicios de DMC o DMC-ODS

29 591

Recibieron servicios de salud mental (MH) y trastornos por consumo de sustancias (SUD) a través del programa del condado de MHP y DMC o del plan DMC-ODS

Prioridad a nivel estatal
Objetivo de mejora en salud conductual

Medidas principales



Por encima del nivel estatal: Índices de penetración de los Servicios especializados de salud mental (SMHS), año fiscal 2023



Por debajo del nivel estatal: Índices de penetración de los Servicios no especializados de salud mental (NSMHS), año fiscal 2023



N/C: Índices de penetración de la cobertura de medicamentos de Medi-Cal (DMC), año fiscal 2022-2023



Por debajo del nivel estatal: Índices de penetración de la sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (DMC ODS), año fiscal 2022-2023

Acceso a la atención para niños y jóvenes

Servicios para niños y jóvenes (menores de 21 años)

85 000

Recibieron servicios especiales de salud mental de Medi-Cal (SMHS)

971

Recibieron servicios de MH y SUD a través del plan de salud mental (MHP) y DMC del condado o del plan DMC-ODS

162

Recibieron al menos un servicio de prevención o intervención temprana a nivel individual para el trastorno por consumo de sustancias (SUD)

2092

Recibieron servicios de medicamentos de Medi-Cal (DMC) o del sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS)

115

Han accedido al Programa de Intervención Temprana en Psicosis Plus, de conformidad con la parte 3.4 del Código de Bienestar e Instituciones (a partir de la sección 5835), a la Atención Especializada Coordinada o a otras prácticas similares basadas en la evidencia y prácticas definidas por la comunidad para programas de detección e intervención temprana de la psicosis y los trastornos del estado de ánimo

Prioridad a nivel estatal
Objetivo de mejora
en salud conductual

Medida principal



Por encima del nivel estatal: Índices de penetración de los Servicios especializados de salud mental (SMHS), año fiscal 2023



Por debajo del nivel estatal: Índices de penetración de los Servicios no especializados de salud mental (NSMHS), año fiscal 2023



N/C: Índices de penetración de la cobertura de medicamentos de Medi-Cal (DMC), año fiscal 2022-2023



Por debajo del nivel estatal: Índices de penetración de la sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (DMC ODS), año fiscal 2022-2023

Desigualdades en el acceso a la atención

Acceso a la atención Desigualdades por grupos demográficos

Servicios especiales de salud mental de Medi-Cal (SMHS)	Servicios no especiales de salud mental de Medi-Cal (NSMHS)	Cobertura de medicamentos de Medi-Cal (DMC)	Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS)
 Adultos/adultos mayores • Raza/origen étnico: Hispanos y asiáticos/isleños del Pacífico • Sexo: Femenino	 Adultos/adultos mayores • Raza/origen étnico: Hispanos y asiáticos/isleños del Pacífico • Sexo: Masculino	 Adultos/adultos mayores • No hay datos de desigualdades disponibles	 Adultos/adultos mayores • No hay datos de desigualdades disponibles
 Niños/jóvenes • Raza/origen étnico: Blancos • Sexo: Femenino	 Niños/jóvenes • Raza/origen étnico: Blancos, negros y asiáticos/isleños del Pacífico • Sexo: Femenino	 Niños/jóvenes • No hay datos de desigualdades disponibles	 Niños/jóvenes • No hay datos de desigualdades disponibles

Perspectivas de las partes interesadas sobre el acceso a la atención



Factores que generan desigualdades

- La discriminación y la estigmatización crean importantes barreras que hacen que las personas se desanimen y no busquen los servicios o no sigan acudiendo a ellos.
- La competencia limitada de los proveedores, incluida la falta de una atención inclusiva para las personas LGBTQ+, agrava aún más estos problemas.
- La falta de opciones de tratamiento culturalmente adecuadas y que promuevan la autoestima contribuye a que sigan existiendo brechas en el acceso a la atención médica.
- La ausencia de coordinación entre los servicios para personas sin hogar y los programas de salud mental y tratamiento de adicciones dificulta la continuidad de la atención.
- Los complejos sistemas de admisión, en particular, los requisitos de documentación, limitan el acceso oportuno al tratamiento.



Soluciones generales

- Mejorar los servicios de vivienda, atención ambulatoria y apoyo para reducir los obstáculos que dificultan la participación.
- Ampliar las iniciativas de divulgación y participación más allá de los grupos de clientes actuales.
- Mejorar las competencias de los proveedores mediante una capacitación específica para ampliar la atención inclusiva, especialmente para los grupos desfavorecidos.
- Fortalecer la colaboración entre los sistemas de vivienda, salud mental y tratamiento de adicciones para mejorar la integración y la continuidad de la atención.
- Ofrecer opciones de atención flexibles y de fácil acceso que se adapten a las necesidades de cada persona.
- Garantizar una recopilación de datos precisa e inclusiva para mejorar la comprensión de la población LGBTQ+, así como orientar e informar la planificación de servicios adaptados a sus necesidades.

Niños, jóvenes, adultos y personas mayores sin hogar

Servicios para niños y jóvenes (menores de 21 años)



6277

Eran personas en situación de calle crónica, que se encuentran sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar

Servicios para adultos y adultos mayores (21 años en adelante)

29 076

Eran personas en situación de calle crónica, que se encuentran sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar

16 374

Experimentaron situación de calle sin refugio

7575

Pasaron de estar en situación de calle sin refugio a tener un lugar donde alojarse (refugio de emergencia, vivienda de transición o vivienda permanente)



337

De esas personas pasaron de vivir en la calle sin refugio a tener un refugio, y luego a una vivienda permanente



Prioridad a nivel estatal Objetivo de reducción en salud conductual

Medidas principales



Por encima del nivel estatal: Recuento en un momento dado de personas sin hogar (tasa por cada 10 000 habitantes por región del continuo de atención) (HUD), 2024



Por debajo del nivel estatal: Inscripción de estudiantes sin hogar por tipo de vivienda, Departamento de Educación de California (CDE), 2023-2024

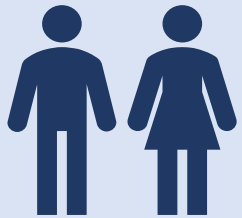
* Es posible que el recuento de niños y jóvenes y adultos y adultos mayores aparezca duplicado, ya que las personas pueden estar incluidas en más de una categoría.

** Es posible que estas cifras no incluyan a los clientes atendidos por LACDMH.

Desigualdades en la situación de las personas sin hogar

Personas sin hogar Desigualdades por grupos demográficos

Recuento en un momento dado
de personas sin hogar



- **Raza/origen étnico:** Latinos y asiáticos/isleños del Pacífico
- **Género:** Mujeres (niñas si son menores)

Inscripción de estudiantes sin hogar
por tipo de vivienda



- **Raza/origen étnico:** Blancos y asiáticos/isleños del Pacífico
- No hay datos de género disponibles

Perspectivas de las partes interesadas sobre las personas sin hogar



Factores que generan desigualdades

- Tendencias en el consumo de sustancias, incluida la facilidad de acceso a la marihuana y al alcohol por parte de los menores, cuyo consumo precoz suele estar relacionado con traumas, la pobreza y la presión de grupo.
- Barreras económicas, como el alto costo de vida, la escasez de viviendas asequibles y la inestabilidad financiera constante, que afectan la estabilidad de la vivienda.
- Deficiencias en la atención de la salud mental y el tratamiento del consumo de sustancias, especialmente entre los jóvenes y las personas en edad de transición que tienen un acceso limitado a servicios adecuados para su edad.
- Dificultades para manejarse en sistemas complejos, como los largos tiempos de espera, los procesos de inscripción confusos y las opciones limitadas de transporte.
- Escasez de personal, con una oferta insuficiente de profesionales capacitados y culturalmente competentes, y una capacidad reducida de los programas debido a las limitaciones de personal.
- Racismo y desigualdad sistémicos, incluidas las diferencias de ingresos, el involucramiento desproporcionado con los sistemas de justicia y de protección infantil, y los prejuicios de los proveedores, que perpetúan la inestabilidad en materia de vivienda y el acceso desigual a la atención.



Soluciones generales

- Establecer alianzas comunitarias sólidas con organizaciones de confianza y grupos religiosos para prestar servicios que tengan en cuenta las diferencias culturales en entornos seguros y accesibles.
- Ampliar los programas de prevención dirigidos a los jóvenes que ofrecen educación temprana sobre la paternidad, la educación financiera y los riesgos del consumo de sustancias incorporando actividades atractivas, como los deportes y las artes.
- Aumentar la transparencia y la rendición de cuentas en los sistemas de vivienda y los modelos de financiación mediante la publicación de informes claros.
- Ampliar los servicios de divulgación a través de dispositivos móviles y el apoyo entre pares, lo que incluye equipos que trabajan en la calle y programas de recuperación dirigidos por pares, para que las personas puedan acceder a la atención más pronto y prevenir las crisis.
- Mejorar la recopilación de datos mediante colaboraciones con organizaciones comunitarias para obtener datos precisos y desglosados por raza, edad y situación familiar.
- Abordar la inestabilidad económica y de vivienda mediante inversiones en capacitación profesional, atención que tenga en cuenta los traumas, soluciones de vivienda provisional —como las comunidades de casas muy pequeñas— y protección reforzada para los inquilinos, lo que incluye la educación para conocer los derechos propios y mayores garantías legales.

Institucionalización entre niños y jóvenes y adultos y adultos mayores

Servicios para adultos y adultos mayores



19 167

Recibieron servicios psiquiátricos agudos

Servicios para niños y jóvenes



4158

Recibieron servicios psiquiátricos agudos

Objetivo estatal prioritario de reducción en salud conductual



Medidas principales

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

Adultos y adultos mayores



Por encima del nivel estatal

Niños y jóvenes



N/C

Desigualdades demográficas entre adultos y adultos

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



- **Raza/origen étnico:** Hispanos
- **Sexo:** Femenino

No hay datos de desigualdades disponibles para niños y jóvenes

Perspectivas de las partes interesadas sobre la institucionalización



Factores que generan desigualdades

- Los sistemas de datos incompletos, que incluyen una gran cantidad de entradas “desconocidas” y categorías demográficas que faltan, dificultan la identificación de quienes más necesitan los servicios.
- La exclusión en los informes, en particular, de las comunidades de origen asiático y de las islas del Pacífico, y de determinados grupos de edad, limita la identificación precisa de las desigualdades.
- Una planificación deficiente del alta, en la que los pacientes abandonan los centros hospitalarios sin una vivienda estable, citas de seguimiento ni un plan de recuperación claro.
- Obstáculos administrativos que prolongan las estancias hospitalarias y limitan el acceso a nuevas admisiones.
- Problemas de comunicación entre los hospitales, las familias y los equipos de atención comunitaria, lo que da lugar a una atención fragmentada.
- Disponibilidad limitada de servicios especializados para personas mayores, personas con demencia o lesiones cerebrales traumáticas, y personas con trastornos graves por consumo de sustancias.
- Preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención, ya que los entornos institucionales suelen dar prioridad al control en lugar del tratamiento y la recuperación.
- Indicadores de rendimiento desalineados que dan prioridad al tiempo de atención por encima de resultados significativos en materia de recuperación y de la estabilidad a largo plazo de la comunidad.



Soluciones generales

- Mejorar la calidad de los datos mediante la recopilación de información demográfica completa que incluya la raza, el origen étnico, la edad y el idioma, y reduzca las categorías “desconocidas” y garantice la inclusión de las comunidades que históricamente han sido menos favorecidas.
- Mejorar las transiciones al alta y la atención exigiendo planes de alojamiento claros, visitas de seguimiento oportunas, continuidad en los medicamentos y una participación significativa de la familia.
- Reducir el exceso de días de tramitación administrativa mediante estrategias operativas, como reuniones diarias para asignar plazas, vías de tramitación acelerada para casos complejos e inventarios de camas en tiempo real.
- Ampliar la capacidad del sistema mediante la inversión en camas para la atención de la salud conductual geriátrica, programas para trastornos concurrentes por consumo de sustancias y mecanismos de financiación flexibles para aumentar la cantidad de plazas.
- Crear redes de apoyo comunitarias más sólidas, como las alianzas de servicios integrales, los grupos de apoyo entre pares y las redes de autoayuda, con el fin de reducir los reingresos hospitalarios y promover la estabilidad a largo plazo.
- Mejorar la calidad de la atención en los entornos institucionales exigiendo la inclusión de componentes de tratamiento activo, como la terapia, los servicios grupales y los objetivos de recuperación individualizados.
- Alinear la evaluación y la financiación con resultados significativos, lo que incluye el seguimiento de las readmisiones, el seguimiento oportuno, la pertenencia a la comunidad y los objetivos expresados por los pacientes, con datos desglosados por raza, edad e idioma, junto con una financiación justa y sostenible para los proveedores.

Contactos con la justicia entre niños y jóvenes y adultos y adultos mayores



Servicios para niños y jóvenes

526

Estaban en el sistema judicial juvenil

2340

Se reincorporaron a la comunidad tras haber estado en un centro correccional para menores



Servicios para adultos y adultos mayores

11 774

Estaban en el sistema judicial
(en libertad condicional o bajo fianza y sin estar actualmente en prisión)

58 349

Estaban en prisión
(incluidas las prisiones y cárceles estatales)

31 980

Se reincorporaron a la comunidad tras haber estado en una prisión estatal o cárcel del condado

Salud conductual a nivel estatal

Objetivo estatal prioritario de reducción en salud conductual

Medidas principales

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

Adultos y adultos mayores



Por debajo del nivel estatal

Niños y jóvenes

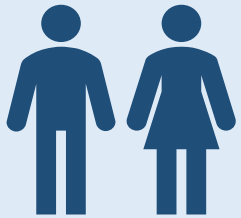


Por debajo del nivel estatal

Desigualdades en el contacto con la justicia

Desigualdades en los contactos con la justicia Desigualdades demográficas

Arrestos: Tasas para adultos



- **Raza/origen étnico:** Hispanos
- **Género:** Femenino

Arrestos: Tasas para jóvenes



- **Raza/origen étnico:** Blancos
- **Sexo:** Femenino

Perspectivas de las partes interesadas sobre los contactos con la justicia



Factores que generan desigualdades

- Racismo sistémico en las fuerzas del orden, que se traduce en tasas de detención muy altas para las comunidades negras y latinas, debido a las desigualdades históricas, la vigilancia policial excesiva y la discriminación racial en los barrios de bajos ingresos.
- Criminalización de los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias, lo que da lugar a que las fuerzas del orden intervengan en cuestiones que se abordarían mejor a través de los servicios sociales y de salud.
- Acceso limitado a una defensa legal de calidad para las personas y las familias de bajos ingresos, lo que aumenta la probabilidad de que se produzcan resultados judiciales desfavorables.
- Factores a nivel familiar, como el trauma, la falta de modelos positivos y las presiones económicas que sufren los cuidadores y que limitan la supervisión, y el apoyo que pueden brindar a los jóvenes.
- Desigualdades de género en las tasas de arrestos con un impacto desproporcionado en los hombres y un aumento de las tasas de arrestos entre las mujeres.
- Ausencia de apoyos comunitarios, como una vivienda estable, oportunidades educativas y acceso a la atención médica, lo que agrava la interacción con el sistema judicial.



Soluciones generales

- Ampliar los programas alternativos y despenalizar los delitos relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias para reducir la necesidad de recurrir a medidas punitivas.
- Aumentar el acceso a los tribunales de salud mental y a los programas de justicia restaurativa que dan prioridad al tratamiento, la responsabilidad y la sanación por encima del encarcelamiento.
- Ampliar los recursos comunitarios para los jóvenes y las familias, incluidos programas extraescolares gratuitos y servicios de cuidado infantil, con el fin de reducir la exposición a la delincuencia y la interacción con la justicia.
- Reforzar el apoyo a las familias mediante servicios de asesoramiento, asistencia jurídica y estabilidad en la vivienda para abordar los factores de estrés subyacentes.
- Mejorar la recopilación de datos con un desglose de las detenciones por raza, edad y situación socioeconómica, e integrando los datos de los sistemas de libertad condicional, tratamiento y aplicación de la ley.
- Desviar los fondos destinados a las prisiones y a las fuerzas del orden hacia la prevención, el tratamiento y los programas comunitarios, y adaptar las prácticas basadas en la evidencia a las necesidades culturales y contextuales de poblaciones específicas, al tiempo que se amplía el alcance de los programas para reducir la estigmatización y mejorar su difusión.

Retirada de menores del hogar y desigualdades

Servicios para niños y jóvenes

17 562

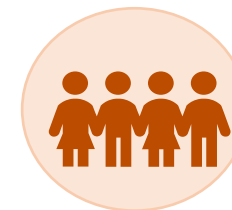
Recibieron asistencia del plan de salud mental y tenían un caso abierto de protección infantil

110

Recibieron asistencia del plan del DMC-ODS o DMC del condado y tenían un caso abierto de protección infantil

Desigualdades demográficas

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



- **Raza/origen étnico:** Blancos y asiáticos/isleños del Pacífico
- **Sexo:** Femenino



Medidas principales

Prioridad a nivel estatal Objetivo de reducción en salud conductual

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



Por encima del nivel estatal

Perspectivas de las partes interesadas sobre la retirada de menores del hogar



Factores que generan desigualdades

- Racismo sistémico, que incluye criterios sesgados sobre la crianza de los hijos y malentendidos culturales, lo que contribuye a que haya mayores índices de separación de los niños de sus familias en las comunidades de minorías étnicas.
- Dificultades socioeconómicas como la pobreza, las familias monoparentales, las brechas en materia de alfabetización y el acceso limitado a una nutrición adecuada y a la atención prenatal, que aumentan la vulnerabilidad de las familias.
- Prácticas de denuncia, incluidas las denuncias sin fundamento por parte de escuelas y educadores que, no obstante, dan lugar a la intervención de los servicios de protección infantil.
- Deficiencias persistentes en los datos, como la falta de información contextual y definiciones poco claras que dificultan identificar las causas fundamentales de los contactos con el sistema.
- El impacto duradero de los daños históricos, incluidas las prácticas del pasado consistentes en separar a los niños de las comunidades marginadas, que siguen influyendo en las políticas, las percepciones y los resultados actuales.



Soluciones generales

- Ampliar los servicios adaptados a las necesidades culturales mediante colaboraciones con organizaciones comunitarias y religiosas de confianza, incluido el uso de agentes y promotores culturales.
- Fortalecer la colaboración entre organismos, incluidos el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS), las escuelas y las organizaciones comunitarias, a fin de armonizar las prácticas y reducir la toma de decisiones aisladas.
- Mejorar la orientación para ayudar a las familias a acceder a los servicios sin estigmas ni obstáculos innecesarios.
- Reevaluar los criterios para la separación de menores de sus familias, ampliar los programas de intervención alternativa y reducir las separaciones innecesarias siempre que sea seguro y adecuado.
- Mejorar el acceso a los servicios mediante atención domiciliaria y virtual, clínicas de fácil acceso y opciones adaptadas a las necesidades culturales de las familias.
- Aumentar la diversidad de la fuerza laboral para garantizar una mayor representación del personal procedente de las comunidades más afectadas, lo que reforzará la confianza y mejorará los resultados.

Trastornos de salud conductual no tratados

Salud conductual a nivel estatal



Objetivo estatal prioritario
de **reducción** en salud conductual

Medidas principales



Seguimiento tras visitas al servicio
de urgencias por consumo de
sustancias (FUA-30) 2024



Por debajo del nivel estatal

Consumo de sustancias (a partir de los 13 años)

- Alrededor del 26 % recibió atención de seguimiento en un plazo de 30 días
- Por encima del mínimo estatal (21 %)
- Por debajo del objetivo de alto rendimiento (32 %)



Seguimiento tras visitas al servicio
de urgencias por enfermedad
mental (FUM-30) 2022



Por debajo del nivel estatal

Salud mental/autolesiones (a partir de los 6 años)

- Entre el 36 y el 39 % recibieron atención de seguimiento en un plazo de 30 días
- Muy por debajo del mínimo estatal (55 %)
- Muy por debajo del objetivo de alto rendimiento (72 %)

Perspectivas de las partes interesadas sobre los trastornos de salud conductual no tratados



Factores que generan desigualdades

- Coordinación insuficiente de la atención con los servicios de urgencias y los proveedores de atención ambulatoria trabajando de forma aislada y con un intercambio de datos limitado.
- Una planificación deficiente del alta, en la que los pacientes se van sin citas de seguimiento programadas ni planes de atención claros y prácticos.
- Deficiencias en el rendimiento del sistema, entre ellas, el cumplimiento irregular de los parámetros mínimos y de alto rendimiento para la atención de seguimiento oportuna.
- Estigmatización y diagnósticos erróneos, que desalientan la participación en el tratamiento y pueden dar lugar a una atención ineficaz o inadecuada.
- Barreras estructurales, como la inestabilidad en la vivienda, la falta de transporte y el acceso limitado a teléfonos o medios de comunicación digitales.
- Escasez de personal, incluida la falta de personal calificado y los bajos salarios, lo que limita la disponibilidad de los servicios y el apoyo de seguimiento.



Soluciones generales

- Utilizar palancas políticas e incentivos financieros, como contratos basados en el rendimiento, el aumento de las tasas de reembolso y cambios normativos específicos, para mejorar los resultados en cuanto al seguimiento oportuno.
- Adoptar un enfoque de atención integral de la persona que aborde los determinantes sociales de la salud, como la estabilidad de la vivienda, el empleo y el apoyo comunitario.
- Aumentar la dotación de personal y los recursos del sistema mediante la incorporación de orientadores de atención, especialistas pares y trabajadores de salud comunitaria en los servicios de urgencias para facilitar el seguimiento de los pacientes.
- Implementar intervenciones específicas para los grupos de mayor necesidad, entre ellos, las madres con trastornos por consumo de sustancias, los jóvenes y las personas sin hogar.
- Ampliar el acceso mediante la telesalud, la divulgación a través de dispositivos móviles, los recordatorios de citas y la prestación de servicios adaptados a las diferencias culturales.
- Reducir la estigmatización involucrando a personas que han vivido esa experiencia, ampliando la educación del público y de los profesionales de la salud, y normalizando las conversaciones sobre la salud mental y la recuperación.

Participación en la escuela

Salud conductual a nivel estatal

Motivo para la selección del objetivo

- Participación en la escuela muestra una **brecha del 1 %**, mayor que la de Participación en el trabajo (0.2 %) y Prevención y tratamiento de afecciones de salud física concurrentes.
- Las tasas de graduación reflejan los resultados de los jóvenes que se enfrentan a **problemas tanto de salud mental** como de **consumo de sustancias**.
- Este objetivo también **se centra directamente en los niños y los adolescentes** que son elegibles para la BHSA.
- El DMH y SAPC **establecieron alianzas** con sistemas escolares y programas de prevención para apoyar la mejora.



Prioridad a nivel estatal

Objetivo de mejora en salud conductual

Medida principal: Estudiantes de duodécimo grado que se graduaron de la escuela secundaria a tiempo (Kids Count), 2022



Por debajo del nivel estatal

-
- Mejora en el estado: **80 % → 87 % (2013-2022)**
 - Mejora en el condado: **77 % → 86 % (2013-2022)**
 - El condado sigue estando ligeramente por debajo del promedio estatal, pero **la diferencia se ha reducido con el tiempo**

Perspectivas de las partes interesadas sobre la participación en la escuela



Factores que generan desigualdades

- Dificultades socioeconómicas, como la pobreza, la inseguridad alimentaria, las barreras de transporte y la falta de vivienda, que limitan la asistencia y la participación regulares.
- Traumas relacionados con el entorno, como la exposición a la violencia, la inestabilidad en la vivienda y la falta de evaluaciones rutinarias para detectar traumas, lo que contribuye a la desmotivación, especialmente entre los jóvenes afroamericanos.
- Preocupaciones en materia de seguridad relacionadas con los traslados, los tiroteos en las escuelas y la falta de seguridad psicológica.
- Racismo sistémico en el ámbito educativo, que incluye la discriminación contra las personas negras, planes de estudio sesgados y una representación racial y cultural limitada entre el personal docente, lo que debilita el sentido de pertenencia de los estudiantes.
- Limitaciones en los datos, como la recopilación incompleta, fragmentada o incoherente de información, que dificulta la identificación precisa de las desigualdades y el seguimiento de la participación a lo largo del tiempo.



Soluciones generales

- Crear entornos de aprendizaje seguros que respeten las diferencias culturales y tengan en cuenta los traumas, y que relacionen los contenidos académicos con las experiencias vividas por los estudiantes y sus oportunidades futuras.
- Fortalecer la colaboración entre los sistemas de educación, salud, vivienda, justicia y servicios sociales para abordar las necesidades de los estudiantes de manera integral.
- Aprovechar las prácticas basadas en la evidencia definidas por la comunidad (CDEP) que sean culturalmente sensibles y estén validadas para abordar el trauma y las necesidades de salud conductual, especialmente entre los jóvenes afroamericanos.
- Ampliar las ayudas específicas, incluidos los recursos para los estudiantes sin hogar, las escuelas de recuperación y las vías alternativas para obtener el título de graduación.
- Fortalecer los sistemas de datos inclusivos a nivel del condado que capturen todos los tipos de escuelas, las identidades de los estudiantes y los factores de riesgo relevantes.
- Reducir la estigmatización y promover la intervención temprana mediante programas de prevención, una mayor oferta de servicios de apoyo a la salud mental y alianzas comunitarias sostenidas para mantener la participación de los estudiantes.

Ley de Servicios de Salud Conductual/ Programas de financiación

Continuo de atención de salud conductual

Condado de Los Ángeles

CONTINUO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Servicios de prevención primaria	Servicios de intervención temprana	Servicios ambulatorios	Servicios ambulatorios intensivos	Atención inicial y estabilización en situaciones de crisis Hasta 24 horas (con licencia: excepto los centros de desintoxicación)	Atención hospitalaria aguda y subaguda (con licencia)	Residencial en situación de crisis/residencial prolongado Residencial (con servicios clínicos y terapéuticos en el centro, con licencia)	Servicios de intervención para la vivienda
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--

CONTINUO DE TRATAMIENTO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Servicios de prevención primaria	Programa de tratamiento de adicciones y opioides						
	Servicios de reducción de daños	Servicios de intervención temprana	Servicios ambulatorios	Servicios ambulatorios intensivos	Servicios de tratamiento residencial	Servicios para pacientes hospitalizados Control de la abstinencia	Servicios de intervención para la vivienda
	Servicios de campo						

Ley de Servicios de Salud Conductual/Programas de financiación



Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS)

Asignación requerida: 35 % de los fondos de BHSA



Qué financia la BHSA

1. Sistema de atención para adultos y adultos mayores (no FSP):
 - Servicios de atención ambulatoria
 - Respuesta móvil
2. Programas de intervención temprana*:
 - Servicios de bienestar para niños y jóvenes
 - Detección y derivación
 - Divulgación y participación
 - Respuesta móvil
 - Programa de atención especializada coordinada para la psicosis de primer episodio (CSC para FEP)
4. Divulgación y participación (O&E): Orientación
5. Programa de fuerza laboral, educación y capacitación (WET)
6. Infraestructura y necesidades tecnológicas (CFTN)

Requisito

- De la asignación del **35 %** de BHSS:
 - El **51 %** debe gastarse en intervención temprana.
 - De ese total, el **51 %** debe destinarse a jóvenes de 25 años o menos.



Conclusión

La categoría de BHSS mantiene los servicios ambulatorios y de intervención temprana en todo el sistema gracias a la inversión necesaria en los jóvenes.



* En virtud de la BHSA, la intervención temprana se financia a través de la categoría de Servicios y apoyos de salud conductual (BHSS).

Cómo BHSS apoya a nuestra comunidad

Cómo los fondos de BHSS ayudan a brindar atención, apoyo y conexión a las personas de toda nuestra comunidad.

Cómo BHSS apoya a nuestra comunidad



Intervención temprana

- Psicosis de primer episodio (jóvenes)
- Apoyo para la salud mental perinatal
- Atención basada en el vínculo afectivo desde el nacimiento hasta los 5 años
- Apoyo para la prevención del suicidio



Apoyo comunitario

- Atención ambulatoria de salud mental
- Medicamentos para el tratamiento de las adicciones
- Servicios de tratamiento y recuperación del consumo de sustancias
- Casas comunitarias (apoyo diario a la comunidad y desarrollo de habilidades)
- Programas de asistencia entre pares
- Promotores (divulgación en la comunidad)



Apoyo en situación de crisis

- Estabilización en situación de crisis 24/7
- Equipos de respuesta móvil
- Alternativas a las salas de urgencias
- Programas residenciales en situaciones de crisis



A quién brinda apoyo BHSS

- ✓ Niños y jóvenes
- ✓ Adultos y adultos mayores
- ✓ Personas en situación de calle
- ✓ Personas con contactos con la justicia
- ✓ Personas con trastornos concurrentes de salud mental y por consumo de sustancias
- ✓ Familias en situación de crisis
- ✓ Comunidades desfavorecidas y que sufrieron un impacto histórico

Cómo marca la diferencia BHSS

- ✓ **Reducir** las visitas a la sala de urgencias.
- ✓ **Prevenir** la falta de hogar.
- ✓ **Brindar apoyo** a las personas antes de que entren en crisis.
- ✓ **Mejorar** el acceso al tratamiento para el consumo de sustancias.
- ✓ **Mejorar** el acceso a servicios cultural y lingüísticamente adecuados.
- ✓ Hacer que los servicios sean **más accesibles** en todas las comunidades.

Servicios que incluye la intervención temprana



Intervención temprana

Intervención o apoyo a corto plazo (menos de un año) y de baja intensidad para personas y familias con el fin de mejorar la salud mental y evitar la necesidad de un tratamiento de salud mental más intensivo.

Con cobertura

- ✓ Servicios de salud mental **especiales para niños**
- ✓ **Atención en situación de crisis**, incluidas las respuestas en el lugar
- ✓ Servicios existentes de práctica basada en la evidencia **prestados en clínicas**
- ✓ **Los servicios de divulgación** estarán permitidos

Sin cobertura

- Los fondos de la BHSA **no pueden** utilizarse para programas de prevención universal.
 - El Estado gestionará los programas de **prevención universal**.
 - El DMH **revisará los programas de prevención actuales** para determinar cuáles pueden financiarse como intervención temprana.

Comparación de la intervención temprana en el marco de la MHSA y la BHSA

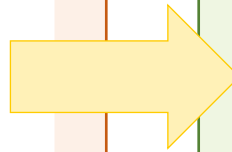
MHSA

Población objetivo

- Riesgo de los participantes de padecer una enfermedad mental potencialmente grave, en función del riesgo individual.
- O pertenencia a un grupo o una población con un riesgo superior a la media de padecer una enfermedad mental grave, es decir, la afección, la experiencia o el comportamiento asociados a un riesgo superior a la media.
- El 50 % debe destinarse a niños y jóvenes.

Servicios

- Favorece la recuperación de una enfermedad mental en sus primeras etapas e incluye la prevención de recaídas.
- De duración limitada (a corto plazo, normalmente menos de 18 meses), excepto en el caso de un primer brote psicótico.
- Intervención de intensidad relativamente baja.
- Puede incluir servicios dirigidos a los padres, los cuidadores y otros familiares de la persona con una enfermedad mental de aparición temprana, según corresponda.



BHSA

Población objetivo

- Personas que presentan trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, o que corren el riesgo de padecerlos, en una fase temprana de su aparición.
- Personas en crisis.
- Miembros de la comunidad que pueden intervenir ante alguien que presente un trastorno de salud mental o de consumo de sustancias.
- Miembros del sistema de apoyo de la persona (padres o cuidadores).
- El 50 % debe destinarse a niños y jóvenes.

Servicios

- Se orientan a niños y jóvenes.
- Reducen las desigualdades en la atención sanitaria.
- Los programas se centran en la divulgación, el acceso y la coordinación, así como en la salud mental y los trastornos concurrentes.
- Se pueden prestar servicios de salud mental y de trastornos concurrentes a las personas con el fin de evitar que los trastornos se agraven o lleguen a ser incapacitantes.

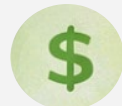
Cambios en los servicios de atención ambulatoria (OCS)



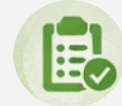
Servicios de atención ambulatoria

- Los OCS son servicios comunitarios, clínicos y de campo que apoyan la recuperación.
- Hay servicios disponibles para todos los grupos etarios.
- Los OCS también trabajan para garantizar que la atención sea culturalmente sensible y se preste en el idioma adecuado para cada persona.

Cambios en los servicios de atención ambulatoria



Financiación reducida de BHSA: los servicios ambulatorios se financiarán con fondos de la BHSA y otras fuentes de financiación.



Nuevas herramientas de evaluación: las clínicas utilizarán herramientas de nivel de atención para determinar el tratamiento.



Servicios intensivos: se evaluará a los clientes para los programas de Gestión de casos intensivos de la alianza de servicios integrales (FSP-ICM).



Cambio de los proveedores: es posible que algunos proveedores de atención ambulatoria tengan que pasar a prestar servicios de alianzas de servicios integrales.

Educación y capacitación de la fuerza laboral, e infraestructura y actualizaciones tecnológicas

Plan de educación y capacitación de la fuerza laboral (WET)



Objetivo: crear un equipo de profesionales de la salud mental que tenga en cuenta las diferencias culturales, se centre en las familias y los usuarios, y fomente la recuperación, la resiliencia y el bienestar

Enfoque: contratar, capacitar y seguir capacitando al personal para alcanzar estos objetivos

Propósito: transformar los servicios de salud mental para que sean más sólidos y ofrezcan un mayor apoyo.

Infraestructura y tecnología (CFTN)



Qué es: proyectos relacionados con terrenos, edificios o tecnología destinados a respaldar los servicios de salud mental.

Qué no es: no es financiación de proyectos para la vivienda.

Financiación: el condado transfirió fondos de la cuenta CSS a la CFTN para financiar estos proyectos.

Actualizaciones de WET y CFTN

Financiación: el DMH se encargará de administrar los fondos del WET y del CFTN, y decidirá cuánto se destinará cada año en función de las necesidades de la comunidad.

Límites de financiación: los fondos del programa WET procederán de BHSS, la fuente más limitada de fondos de la BHSA.

Nueva iniciativa estatal: BH-Connect ofrecerá algunos incentivos laborales a los trabajadores del condado de Los Ángeles, pero no cubre todas las necesidades locales en materia de capacitación y contratación de personal.

Descripción general de la alianza de servicios integrales (FSP)

La FSP es el nivel más alto de **atención ambulatoria de salud conductual** del condado, y ayuda a los residentes con **las necesidades más complejas** a alcanzar la **estabilidad, conseguir una vivienda y recuperarse**.



A quién presta servicios la FSP

- ✓ Personas que padecen una enfermedad mental grave.
- ✓ Personas en situación de calle.
- ✓ Personas con contactos con la justicia.
- ✓ Residentes que con frecuencia acuden al servicio de urgencias o reciben atención psiquiátrica hospitalaria.
- ✓ Personas con trastornos concurrentes de salud mental y consumo de sustancias.



Qué diferencia a la FSP

- ✓ Una cantidad reducida de casos y una atención muy personalizada
- ✓ Equipos multidisciplinarios (profesionales clínicos, gestores de casos, colegas)
- ✓ Servicios prestados en el hogar y en entornos comunitarios
- ✓ Respuesta en situación de crisis 24/7 y compromiso continuo
- ✓ Apoyos integrados para la vivienda y el empleo



Por qué es importante:

La FSP contribuye a reducir **las hospitalizaciones y los ingresos en centros penitenciarios**, mejora la **estabilidad en materia de vivienda** y apoya la **recuperación a largo plazo** en la comunidad.

Cambios de la alianza de servicios integrales en virtud de la BHSA



Alianza de servicios integrales

- FSP ofrece atención personalizada en equipo a personas con necesidades graves de salud mental.
- Los servicios se centran en la recuperación, la sanación y la estabilidad con un enfoque de hacer “lo que sea necesario”.
- El apoyo se adapta a las necesidades de cada persona e incluye a las familias o a las redes de apoyo naturales.

Cambios de la FSP



Aumento de la financiación: un mayor porcentaje (35 %) de los fondos de BHSA se destinará a la FSP, y posiblemente se ampliará el programa.



Nuevos servicios: implementación de los servicios de Tratamiento comunitario asertivo (ACT).



Desarrollo de un programa de reducción gradual: dos niveles de FSP para apoyar a las personas que pasan de los servicios de ACT a una atención menos intensiva.



Jóvenes y familias: implementación del programa High-Fidelity Wraparound para niños y jóvenes.



Empleo y recuperación: los servicios de empleo de colocación y apoyo individualizados (IPS) se incorporaron a los servicios de la FSP.



Mayor divulgación: ahora se permite la divulgación como parte de los servicios de la FSP.

La alianza de servicios integrales en virtud de la BHSA

REQUISITOS DE LA BHSA

Los condados deben asignar el 35 % de los fondos de BHSA a la FSP



Servicios requeridos:

- ✓ Servicios de salud mental, servicios de apoyo y servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- ✓ Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- ✓ ACT forense (FACT)
- ✓ Gestión de casos intensivos (ICM) de FSP
- ✓ Modelo de empleo con apoyo con Colocación y apoyo individualizados (IPS)
- ✓ High Fidelity Wraparound (HFW)
- ✓ Iniciación asertiva en el campo para SUD
- ✓ Servicios ambulatorios de salud conductual para evaluación y estabilización
- ✓ Servicios de participación continua
- ✓ Planificación de servicios
- ✓ Intervenciones para la vivienda (financiadas en el marco de la categoría Intervenciones para la vivienda)

NIVELES DE ATENCIÓN DE FSP PARA ADULTOS

Elegibles para la alianza de servicios integrales

Nivel 2: Tratamiento comunitario asertivo (ACT)

Programa autónomo de atención basada en la evidencia (EBP) para adultos y personas mayores con más necesidades

Nivel 1: Gestión de casos intensivos (ICM) de FSP

Adultos y adultos mayores con más necesidades

Elegibles para BHSS

Servicios ambulatorios de salud mental y por consumo de sustancias

Las personas que abandonan el programa FSP ICM ya no cumplen los requisitos para participar en la FSP y deben recibir servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, según sea necesario.

Nivel de intensidad



Conclusión: La FSP sigue siendo la mayor inversión, centrada en poblaciones con afecciones graves.

Comparación de la FSP en el marco de la MHSA y la BHSA

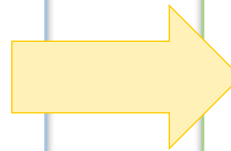
MHSA

FSP para adultos

- ✓ Mayores de 21 años
- ✓ Un solo nivel de atención de FSP
- ✓ Proporción de 1 miembro del personal por cada 10 clientes

FSP para niños

- ✓ De 0 a 20 años
- ✓ Niños/jóvenes adultos en general, IFCCS y WRAP



BHSA

FSP para adultos

- ACT y FACT: proporción de 1 miembro del personal por cada 10 clientes
- FSP-ICM (se redujeron los criterios): proporción de 1 miembro del personal cada 25 clientes
- Inclusión de COD e IPS
- Se pueden prestar servicios a jóvenes en transición a la adultez si es clínicamente adecuado
- Adultos y adultos mayores elegibles para BHSA
- Mayores de 18 años (se puede incluir a jóvenes de entre 18 y 25 años si es clínicamente adecuado)

FSP para niños

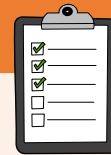
- FSP-HFW
- Todos los programas de FSP para niños incorporan High Fidelity Wraparound (HFW) como EBP
 - Bienestar infantil/contactos con la justicia
 - Niños con síndrome de estrés emocional (SED)
 - Niños y jóvenes elegibles para BHSA
 - De 0 a 25 años, se incluyen jóvenes en transición a la adultez

Requisitos de intervenciones para la vivienda según la BHSA

Asignación requerida: un 30 % de los fondos de BHSA



 **Un 30 % de los fondos de BHSA**
Viviendas vinculadas a servicios de salud conductual



Normas de uso

- El **50 %** debe destinarse a **personas en situación de calle crónica**.
 - ✓ Enfoque en los asentamientos
- **No se puede usar más del 25 %** para el desarrollo de capital.



Prioridades clave

- Vivienda permanente.
- La vivienda debe ir acompañada de servicios de apoyo a la salud conductual.



Conclusión: La vivienda se convierte en un componente fundamental y específico de la financiación del sistema de salud conductual.

La vivienda en virtud de la BHSA



Vivienda

- El DMH ofrece servicios de vivienda y apoyo a las personas sin hogar con necesidades graves de salud mental.
- Esto incluye vivienda temporal y permanente, ayuda para la mudanza, prevención de desalojos y gestión de casos.
- El DMH también administra fondos destinados a la construcción, la mejora y el mantenimiento de viviendas.

Cambios en la vivienda

Lo que se incluye, entre otras cuestiones:

- ✓ Ayuda para el alquiler
- ✓ Servicios públicos
- ✓ Reparaciones
- ✓ Costos de arrendamiento
- ✓ Impuestos
- ✓ Seguros
- ✓ Vivienda compartida
- ✓ Vivienda familiar

Lo que no se incluye:

- ✓ **Servicios y apoyos** de salud mental.
- ✓ **En determinados casos**, los fondos para vivienda de la BHSA pueden destinarse a la **divulgación**.
- ✓ **El alquiler de transición** debe utilizarse antes de recurrir a los fondos de la BHSA.

Colaboración:

- Es posible que los condados tengan que colaborar con los **planes de atención médica administrada (MCP)** en el caso de los usuarios que tengan acceso a beneficios de vivienda.
- **Los fondos de la BHSA solo pueden utilizarse** una vez que se hayan agotado los beneficios de vivienda de la atención médica administrada o en caso de que estos no estén disponibles.

Cómo la vivienda contribuye a la estabilidad y la recuperación



Estrategia de vivienda con múltiples frentes

Este enfoque combina **distintos tipos de apoyo en materia de vivienda** para ayudar a las personas a **estabilizarse** y **acceder a una vivienda permanente** según sus necesidades más urgentes.

- ✓ Invertir en viviendas de apoyo permanentes y subsidios para el alquiler.
- ✓ Ampliar la oferta de viviendas de transición y de emergencia (casas muy pequeñas, cabinas para dormir, unidades de estabilización).
- ✓ Apoyar la transición de los centros residenciales a viviendas independientes.
- ✓ Fortalecer las alianzas con los propietarios y las medidas de apoyo para la mitigación.
- ✓ Coordinar las derivaciones a través del Sistema de acceso coordinado (CES) y los equipos de salud conductual.



La vivienda sirve de apoyo a

- ✓ Personas en situación de calle crónica
- ✓ Personas con problemas graves de salud conductual
- ✓ Poblaciones con contactos con la justicia
- ✓ Comunidades desfavorecidas

Cómo marca la diferencia la vivienda

- ✓ **Aumento de la colocación** y la retención en viviendas permanentes.
- ✓ **Reducción de la cantidad de personas sin hogar que no cuentan con un refugio** entre las personas con trastornos mentales graves (SMI) o trastornos por consumo de sustancias (SUD).
- ✓ **Disminución** de la atención de urgencia y de las hospitalizaciones.
- ✓ **Mejora** de la coordinación entre los servicios de vivienda y los de salud conductual.



Por qué es importante:

Ayuda a las personas a pasar de una situación de crisis a **una vivienda estable y permanente**, y les brinda el apoyo adecuado en todo el proceso.

Presupuesto y reserva prudencial

DMH: fuentes de ingresos para los años fiscales 2025-2026

El 32 % de Medi-Cal estatal y federal (\$1406.04 millones)

Financia servicios especializados de salud mental (SMHS) para los clientes elegibles que cumplan con los criterios de necesidad médica de Medi-Cal. Programa de beneficios garantizados.

El 32 % de BHSA (\$1428.56 millones)

Financia los servicios comunitarios de salud mental en entornos abiertos, lo que incluye alianzas de servicios integrales, prevención e intervención temprana, vivienda, iniciativas innovadoras, educación y capacitación del personal, infraestructura y necesidades tecnológicas. Puede utilizarse como contrapartida local para los ingresos federales de Medi-Cal.

El 18 % de la reestructuración de 2011: BH, AB109 (\$789.32 millones)

Proporciona la contrapartida local para los servicios de salud mental y de salud del sueño (SMHS) de Medi-Cal, que incluyen el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, así como la atención médica administrada para la salud mental.

El 9 % de la reestructuración de 2011: MH (\$401.95 millones)

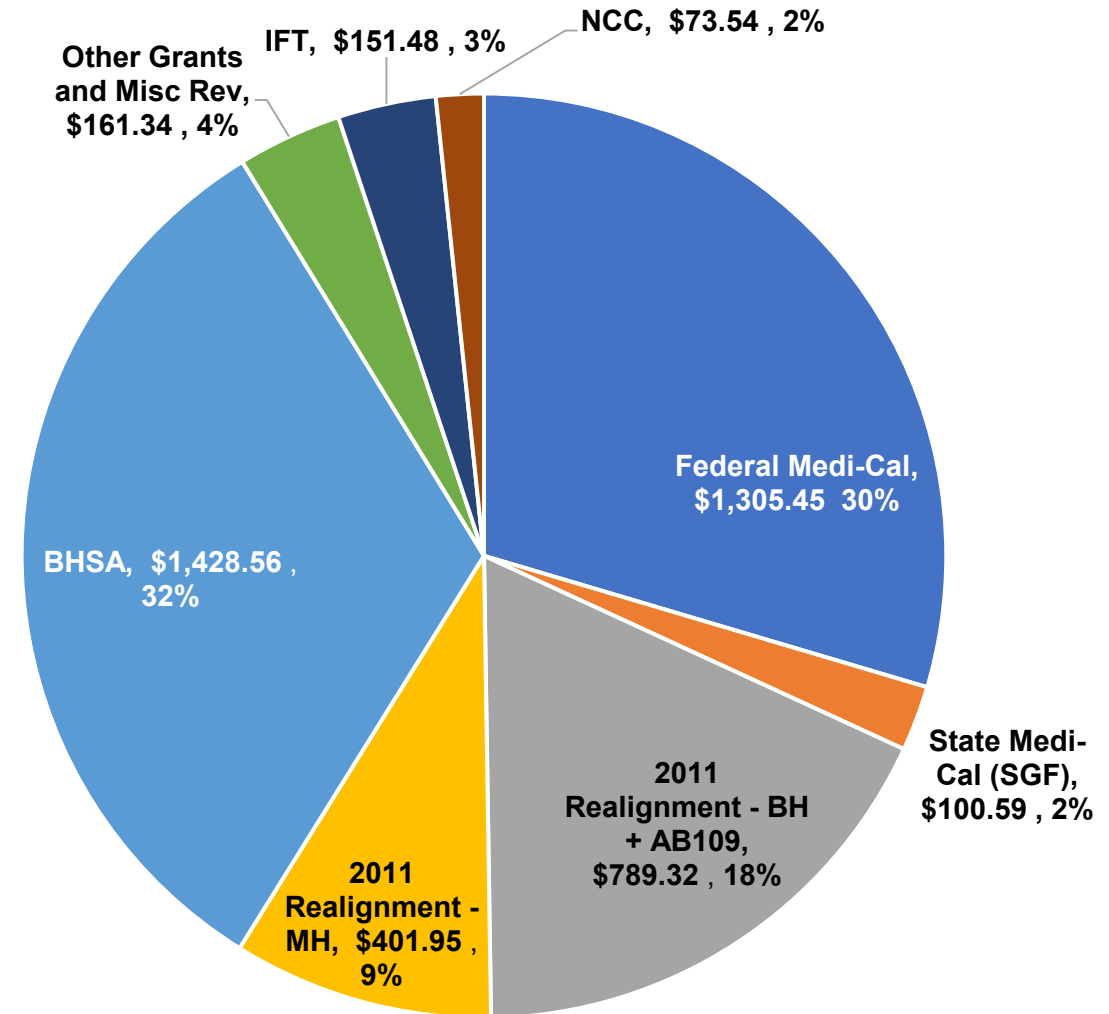
Servicios de salud mental comunitarios, incluidos los servicios hospitalarios de psiquiatría aguda prestados en instituciones para enfermedades mentales (IMD).

El 7 % de subvenciones e ingresos varios (\$312.82 millones)

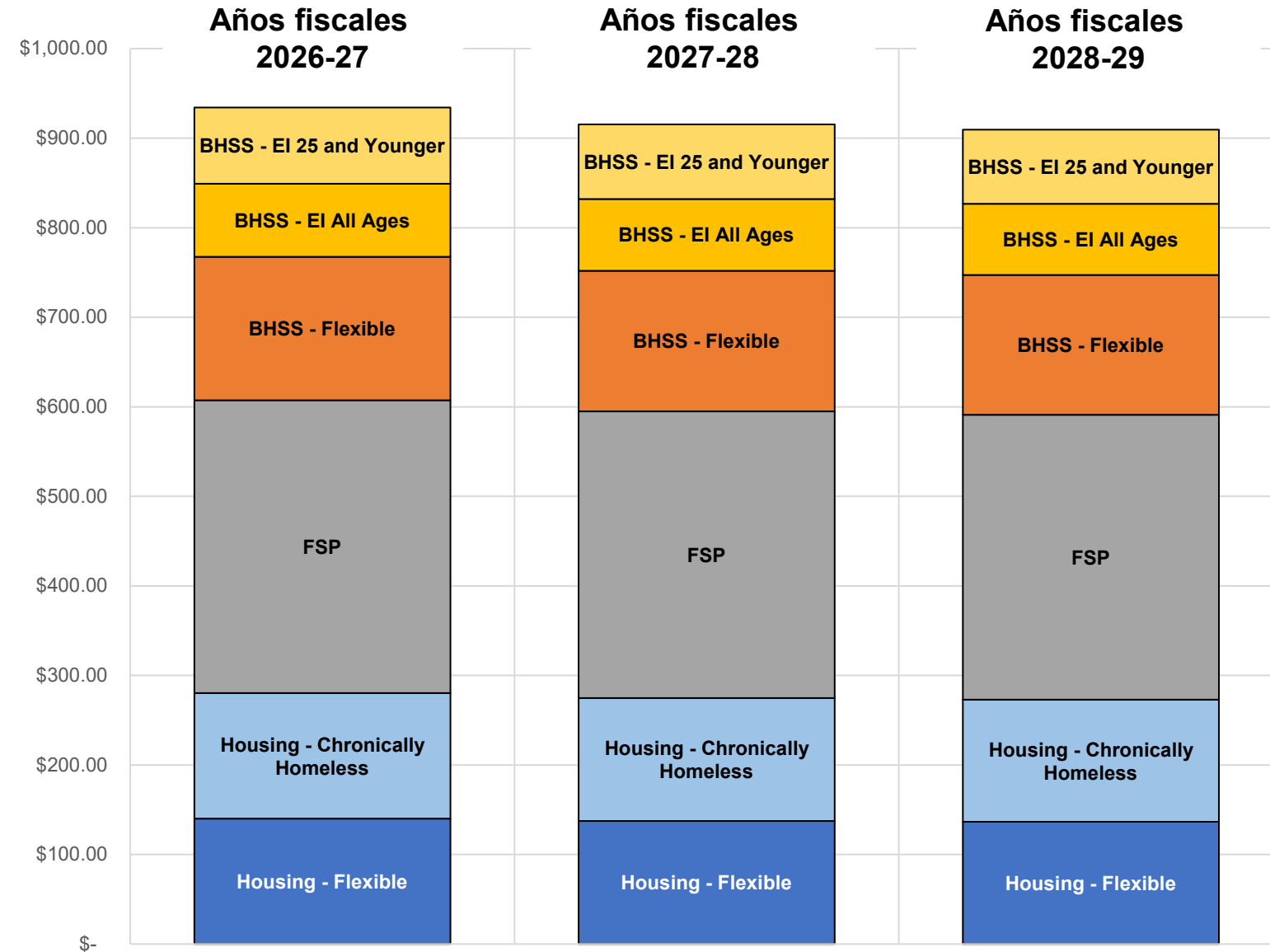
BHBH, CCE, subvenciones para catástrofes (SERG, RSP), SAMHSA, PATH, MHSSA, tarifas de pacientes, tarifas de estacionamiento y tarifas de sucesiones, NPLH y otros ingresos diversos.

El 2 % de NCC (\$73.54 millones)

Mantenimiento del nivel de financiación para SMHS y fondos discrecionales destinados a PG Probate, Jail MHS, el refugio de emergencia, el Proyecto 50 y otros programas de prevención de la falta de hogar.



Importes estimados de financiación de la BHSA



- El promedio de ingresos a 5 años basado en los datos reales hasta los años fiscales 2025-26 es de \$862 millones.
- El DMH calcula que recibirá lo siguiente:
 - \$934.1 millones en los años fiscales 2026-27
 - \$915.4 millones en los años fiscales 2027-28
 - \$909.4 millones en los años fiscales 2028-29
- Esta estimación se basa en las previsiones de ingresos a nivel estatal aprobadas en la Ley de Presupuestos de 2025.
- Las estimaciones de ingresos están sujetas a cambios.

Gastos previstos para el continuo de atención del DMH

Continuo de atención	Adultos			Niños/jóvenes		
	Años fiscales 26/27	Años fiscales 27/28	Años fiscales 28/29	Años fiscales 26/27	Años fiscales 27/28	Años fiscales 28/29
Servicios de prevención primaria	\$0	\$0	\$0	\$1 459 000.00	\$1 514 000.00	\$1 562 000.00
Servicios de intervención temprana	\$97 987 000.00	\$101 711 000.00	\$104 966 000.00	\$953 493 000.00	\$989 726 000.00	\$1 021 397 000.00
Servicios ambulatorios y ambulatorios intensivos	\$1 032 680 000.00	\$1 071 924 000.00	\$1 106 226 000.00	\$124 210 000.00	\$128 930 000.00	\$133 056 000.00
Servicios para crisis	\$259 055 000.00	\$268 899 000.00	\$277 504 000.00	\$20 460 000.00	\$21 237 000.00	\$21 917 000.00
Servicios de tratamiento residencial	\$31 273 000.00	\$32 461 000.00	\$33 500 000.00	\$3 248 000.00	\$3 371 000.00	\$3 479 000.00
Servicios agudos y hospitalarios	\$377 774 000.00	\$392 129 000.00	\$404 677 000.00	\$101 513 000.00	\$105 370 000.00	\$108 742 000.00
Servicios de atención subaguda y de larga duración	\$148 562 000.00	\$154 207 000.00	\$159 142 000.00	\$2 370 000.00	\$2 460 000.00	\$2 539 000.00
Servicios del componente de intervención para la vivienda	\$338 364 327.00	\$295 151 327.00	\$258 292 327.00	\$11 110 478.00	\$13 295 478.00	\$13 451 478.00

Los gastos previstos son estimaciones y están sujetos a cambios.

Reserva prudencial y fondos no utilizados del DMH

Saldo estimado de la reserva prudencial local



Saldo estimado
de la reserva prudencial local
al final del año fiscal previo

\$147 484 000



Reserva prudencial local
de BHSA máxima

\$186 845 000



Excedentes de fondos
de reserva prudencial

\$0

Gastos previstos: únicamente fondos no utilizados de la MHSA y la BHSA

Componente de la MHSA	Saldo no utilizado	BHSS	Alianza de servicios integrales
Saldo no utilizado de la MHSA (CSS y PEI)	\$650 000 000	\$520 000 000	\$130 000 000

DPH-SAPC: ingresos para los años fiscales 2025-2026

- **El 67 % de la cobertura de medicamentos de Medi-Cal (\$501.2 millones)**

Financia servicios especializados de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) para adolescentes y adultos que cumplen los requisitos de Medi-Cal.

- **El 8 % de la subvención global para el tratamiento del consumo de sustancias (\$60.4 millones)**

Financia la planificación integral, la implementación y la evaluación de los servicios de prevención, tratamiento y recuperación relacionados con los trastornos por consumo de sustancias.

- **El 7 % de la reestructuración de 2011 (\$53.9 millones)**

Financia programas de seguridad pública, salud mental y servicios sociales, incluido el tratamiento del abuso de sustancias, desde el ámbito estatal hasta el de los condados.

- **El 2 % de viviendas de transición para la salud conductual (BHBH) (\$15.2 millones)**

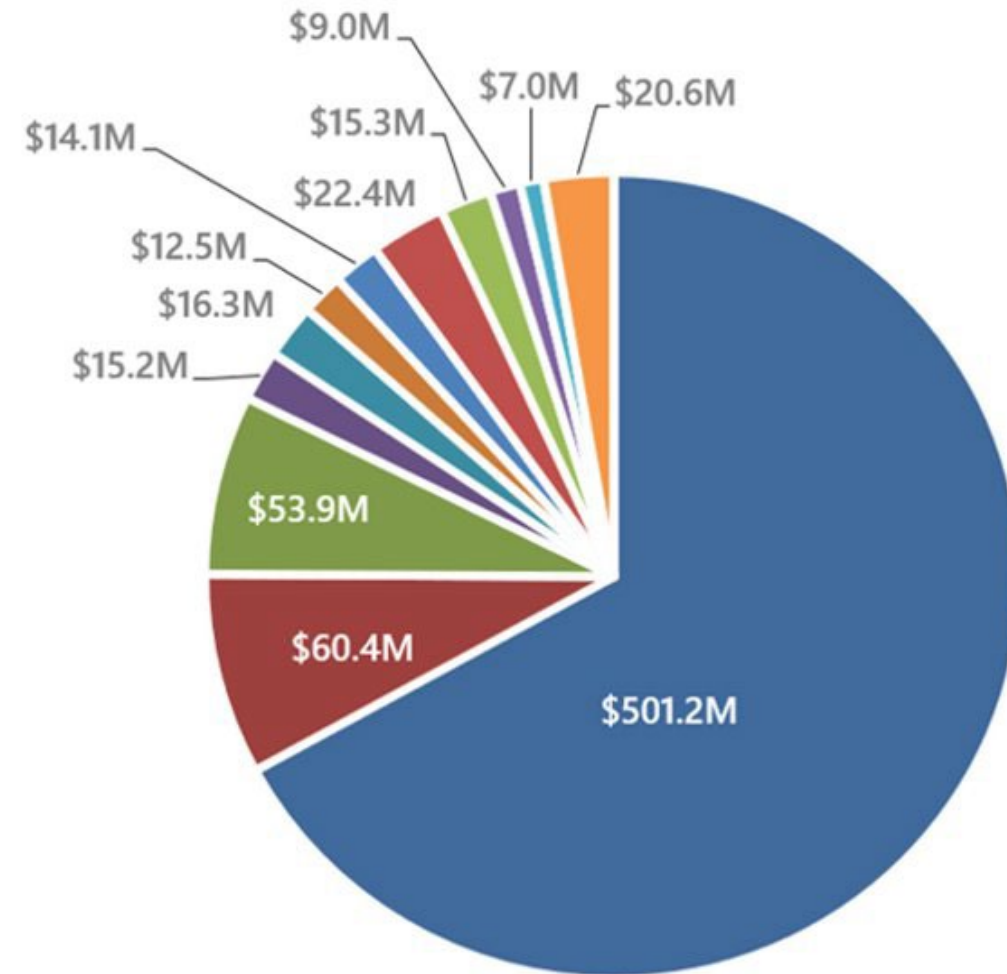
Ofrece alojamiento temporal a personas sin hogar que padecen trastornos graves de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias.

- **El 2 % de la Medida H (\$16.3 millones)**

Financia programas de prevención de la falta de hogar, educación, evaluación y derivación a tratamientos y servicios para trastornos por consumo de sustancias.

- **El 2 % de Care First, inversión en la comunidad (\$12.5 millones)**

Desvía los fondos destinados al encarcelamiento hacia programas comunitarios de salud mental, trastornos por consumo de sustancias y programas de derivación judicial para personas en conflicto con la justicia.



DPH-SAPC: ingresos para los años fiscales 2025-2026

(continuación)

- **El 2 % de AB 109 (\$14.1 millones)**

Financia los servicios de tratamiento y recuperación de trastornos por consumo de sustancias para personas en contacto con el sistema judicial que podrían no cumplir los requisitos para acceder a Medi-Cal.

- **El 3 % de los fondos del acuerdo sobre los opioides (\$22.4 millones)**

Amplía e implementa servicios de prevención y tratamiento de la adicción a los opioides tras los acuerdos con las empresas farmacéuticas.

- **El 2 % de DPSS: ayuda general y CalWorks (\$15.3 millones)**

Proporciona ayudas económicas para el alquiler, la alimentación y los servicios públicos a las personas que reciben tratamiento por trastornos por consumo de sustancias.

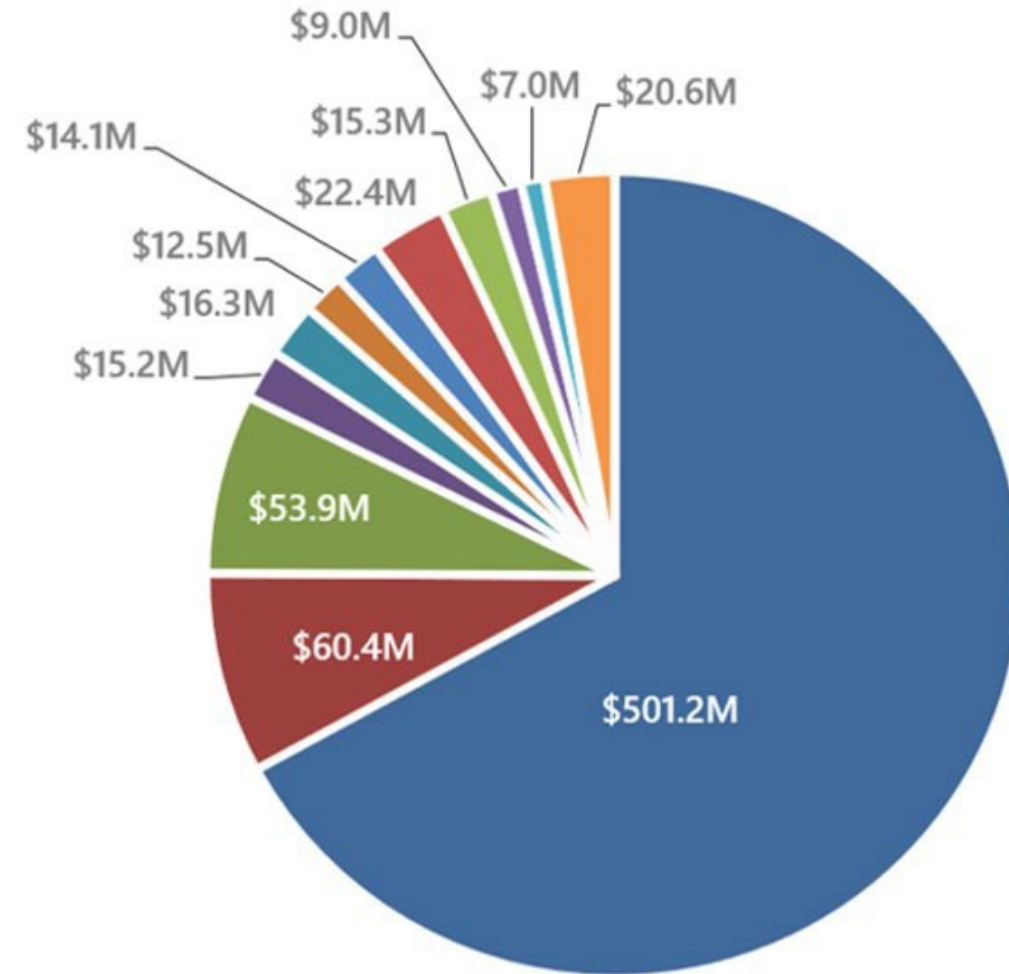
- **El 1 % de la subvención para la innovación: Programa de Asistencia para la Vivienda Provisional (IHOP) (\$9 millones)**

Financia actividades de divulgación sobre el trastorno por consumo de sustancias (SUD), pruebas de detección, tratamientos asistidos con medicamentos (MAT) y derivaciones en centros de alojamiento para personas sin hogar.

- **El 1 % de las subvenciones para la justicia juvenil (JJCP y JJRBG) (\$7 millones)**

Financia la detección, la intervención temprana, el asesoramiento y la derivación a tratamientos de jóvenes en libertad condicional con el fin de prevenir el consumo de sustancias y reducir la reincidencia.

- **El 3 % de otros fondos (\$20.6 millones)**



Gastos previstos para el continuo de atención del DPH-SAPC

Continuo de atención	Adultos			Niños/jóvenes		
	Años fiscales 26/27	Años fiscales 27/28	Años fiscales 28/29	Años fiscales 26/27	Años fiscales 27/28	Años fiscales 28/29
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
Servicios de intervención temprana	\$0	\$0	\$0	\$205 326.24	\$213 539.29	\$222 080.86
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
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
Servicios de campo y para crisis	\$14 671 386.24	\$15 258 241.69	\$15 868 571.36	\$226 326.24	\$235 379.29	\$244 794.46
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
Servicios para pacientes hospitalizados	\$20 467 138.72	\$21 285 824.27	\$22 137 257.24	\$133 712.32	\$139 060.81	\$144 623.25
Vivienda	\$21 328 221.60	\$22 181 350.46	\$23 068 604.48	\$266 162.40	\$276 808.90	\$287 881.25

Los gastos previstos son estimaciones y están sujetos a cambios.

DMH y DPH-SAPC

Gastos previstos en vivienda (AF 26/27-AF 28/29)

Fondos previstos para vivienda de la BHSA en un 30 % de la asignación de la BHSA	Años fiscales 26/27	Años fiscales 27/28	Años fiscales 28/29
	\$270 759 000.00	\$265 364 000.00	\$263 178 000.00
Vivienda permanente sin límite de tiempo			
Subsidios para el alquiler	\$42 487 000.00	\$43 621 000.00	\$35 505 000.00
Subsidios operativos	\$9 402 000.00	\$9 402 000.00	\$9 401 000.00
Subsidios combinados para alquiler y gastos operativos	\$48 247 000.00	\$50 811 000.00	\$40 861 000.00
Entornos de tiempo limitado/provisionales			
Subsidios para el alquiler	\$33 622 557.00	\$33 622 557.00	\$33 622 557.00
Subsidios combinados para alquiler y gastos operativos	\$107 420 000.00	\$118 269 000.00	\$120 657 000.00
Otras ayudas para la vivienda: fondos de apoyo a los propietarios y de mitigación	\$137 000.00	\$137 000.00	\$137 000.00
Otras ayudas para la vivienda: fondos de asistencia para participantes	\$6 021 000.00	\$6 037 000.00	\$5 898 000.00
Otras ayudas para la vivienda: servicios de orientación para la transición a una vivienda y servicios de mantenimiento de la tenencia de la vivienda	\$30 075 248.00	\$30 577 248.00	\$24 411 248.00
Proyectos de desarrollo de capital	\$40 268 000.00	\$15 130 000.00	\$1 041 000.00
Proyectos y programas piloto innovadores en materia de vivienda	\$31 795 000.00	\$840 000.00	\$210 000.00
Administración de la vivienda	\$27 042 000.00	\$27 147 000.00	\$24 859 000.00
Total	\$376 516 805.00	\$335 593 805.00	\$296 602 805.00

Los gastos previstos son estimaciones y están sujetos a cambios.

Proceso de planificación comunitaria

Proceso de planificación comunitaria (CPP) de la BHSA: aspectos destacados



COMPROMISO Actividades



26 sesiones y foros del CPT de la BHSA centrados en contenidos relacionados con BHSA (sesiones de 3 horas).

- En todas las reuniones, se ofrecieron servicios de comunicación asistida por transcripción (CART), interpretación a la lengua de señas estadounidense (ASL), materiales e interpretación en coreano y español, así como opciones presenciales y en línea.



Se concedieron estipendios a los clientes y a los representantes de la comunidad (por ejemplo, los copresidentes de SALT y UsCC).



PARTES INTERESADAS Divulgación

- Los 30 grupos de partes interesadas identificados por el DHCS participaron** en el CPT de la BHSA o a través de un foro o grupo de debate relacionado con la BHSA.
- Más de 450 personas distintas,** en representación de **224 organizaciones diferentes,** participaron en al menos una sesión o un foro entre enero y diciembre de 2025.



PARTICIPACIÓN Instantánea

El 71 % de los miembros del CPT se identificaron como personas con experiencia vivida*

- Consumidores** de servicios de MH, SUD o COD
- Familiares** de consumidores de MH, SUD o COD
- Cuidadores** de consumidores de MH, SUD o COD
- Personas en situación de calle**
- Sobrevivientes de violencia doméstica**
- Veteranos**

NOTA: 78 de los 110 miembros del CPTE de la BHSA que entregaron su Formulario de información del miembro (MIF) seleccionaron una de estas categorías como su principal identificación de experiencia vivida. Este número no está duplicado.



Todas las áreas de servicio estuvieron representadas, y las áreas de servicio 4 y 6 fueron las que contaron con mayor representación.

Proceso de planificación comunitaria de la BHSA (BHSA CPP)



PROPÓSITO DEL COMPROMISO



Recopilar aportes de la comunidad en general



Llegar a las poblaciones prioritarias y desatendidas



Informar sobre las prioridades del plan integrado de la BHSA

ENFOQUE

- Continuo de atención de salud conductual
- Objetivos estatales en materia de salud conductual de la población

PARÁMETROS

- Estado: “Qué”
- Condados: “Cómo”

PROCESO DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

- Momento: Entre enero y diciembre de 2025
- Fases: Establecimiento de las bases + Aportaciones de las partes interesadas + Comentarios de las partes interesadas

COMPROMISO DE LAS PARTES INTERESADAS

- 30 grupos de partes interesadas del DHCS
- Equipo de planificación comunitaria diversa

Proceso de planificación comunitaria (CPP) de la BHSA: recorrido

ESTABLECIMIENTO DE LAS BASES

Ene – Feb – Mar

1. Definición de “salud conductual” elaborada por las partes interesadas.
2. Se identificaron similitudes y diferencias entre las partes interesadas en el ámbito de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.
3. Se revisó la definición de “salud conductual” del DHCS.
4. Se elaboraron marcos de referencia para el CPP de la BHSA: composición, calendario, compromisos, etcétera.
5. Se creó el primer Equipo de planificación comunitaria (CPT) de la BHSA y se puso en marcha el CPP de la BHSA.

APORTES DE LAS PARTES INTERESADAS

Abr – May – Jun – Jul - Ago

1. Se utilizaron escenarios centrados en el cliente para analizar y comprender el continuo de atención de la salud conductual (BHCoC) a nivel local.
2. Se identificaron necesidades no cubiertas y deficiencias en los servicios de prevención, intervención temprana, atención ambulatoria y ambulatoria intensiva, así como en las intervenciones relacionadas con la vivienda.
3. Se elaboraron y revisaron datos sobre las desigualdades en siete objetivos estatales relacionados con la salud conductual.
4. Se identificaron los factores que contribuyen a las desigualdades en relación con cada objetivo y se propusieron soluciones a las partes interesadas para reducir dichas desigualdades.
5. Se amplió, diversificó e incorporó el CPT de la BHSA.

COMENTARIOS DE LAS PARTES INTERESADAS

Sep – Oct – Nov - Dic

1. Se revisaron los programas y los servicios financiados y no financiados por la BHSA en todo el BHCoC.
2. Se llevaron a cabo 7 sesiones del CPT de la BHSA, dirigidas por expertos en la materia, con el fin de ofrecer descripciones detalladas de programas y servicios específicos en todo el BHCoC.
3. Se celebró 1 foro del CPT de la BHSA para debatir los contenidos relacionados con la prevención en salud conductual.
4. Se organizaron 2 foros de la BHSA para debatir el contenido de las intervenciones para la vivienda y recabar las opiniones de las partes interesadas.
5. Se organizaron 3 grupos de discusión centrados en los jóvenes.

Equipo de planificación comunitaria de la BHSA (CPT)

EL CPT DE LA BHSA INCLUYÓ REPRESENTANTES DE 30 GRUPOS DE PARTES INTERESADAS DEL DHCS

1. Agencias regionales para la tercera edad.
2. Adultos y personas mayores que cumplen los requisitos de la BHSA (personas con experiencia vivida).
3. Organizaciones comunitarias que prestan servicios a colectividades cultural y lingüísticamente diversas.
4. Continuos de atención, que incluyen representantes de la comunidad de proveedores de servicios para personas sin hogar.
5. Servicios sociales del condado y organismos de bienestar infantil.
6. Aseguradoras de discapacidad.
7. Organizaciones dedicadas a la primera infancia.
8. Servicios médicos de emergencia.
9. Familias de niños y jóvenes que cumplen los requisitos de la BHSA, adultos que cumplen los requisitos y personas mayores que cumplen los requisitos (con experiencia vivida).
10. Socios en el ámbito de la educación superior.
11. Organizaciones sanitarias, incluidos los hospitales.
12. Planes de servicios de atención médica, incluidos los planes de atención médica gestionada de Medi-Cal.
13. Centros de vida independiente.
14. Personas con experiencia en salud conductual, incluidos compañeros y familiares.
15. Organizaciones representativas de los trabajadores.
16. Comunidades de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer y otras (LGBTQ+).
17. Organismos educativos locales.
18. Autoridades locales de salud pública.
19. Organizaciones especializadas en trabajar con comunidades desfavorecidas y de diversidad racial y étnica.
20. Personas que han vivido en la calle.
21. Proveedores de servicios de salud mental.
22. Proveedores de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.
23. Organismos de seguridad pública, incluidas las agencias de justicia juvenil del condado.
24. Centros regionales.
25. Las cinco ciudades más pobladas de los condados con más de 200 000 habitantes.
26. Representantes de programas de salud para tribus e indígenas designados con fines de consulta tribal de Medi-Cal.
27. Veteranos y representantes de organizaciones de veteranos.
28. Víctimas de violencia doméstica y abuso sexual.
29. Jóvenes de comunidades históricamente marginadas.
30. Jóvenes (personas con experiencia vivida), organizaciones de salud mental para jóvenes u organizaciones dedicadas a los trastornos por consumo de sustancias en los jóvenes.

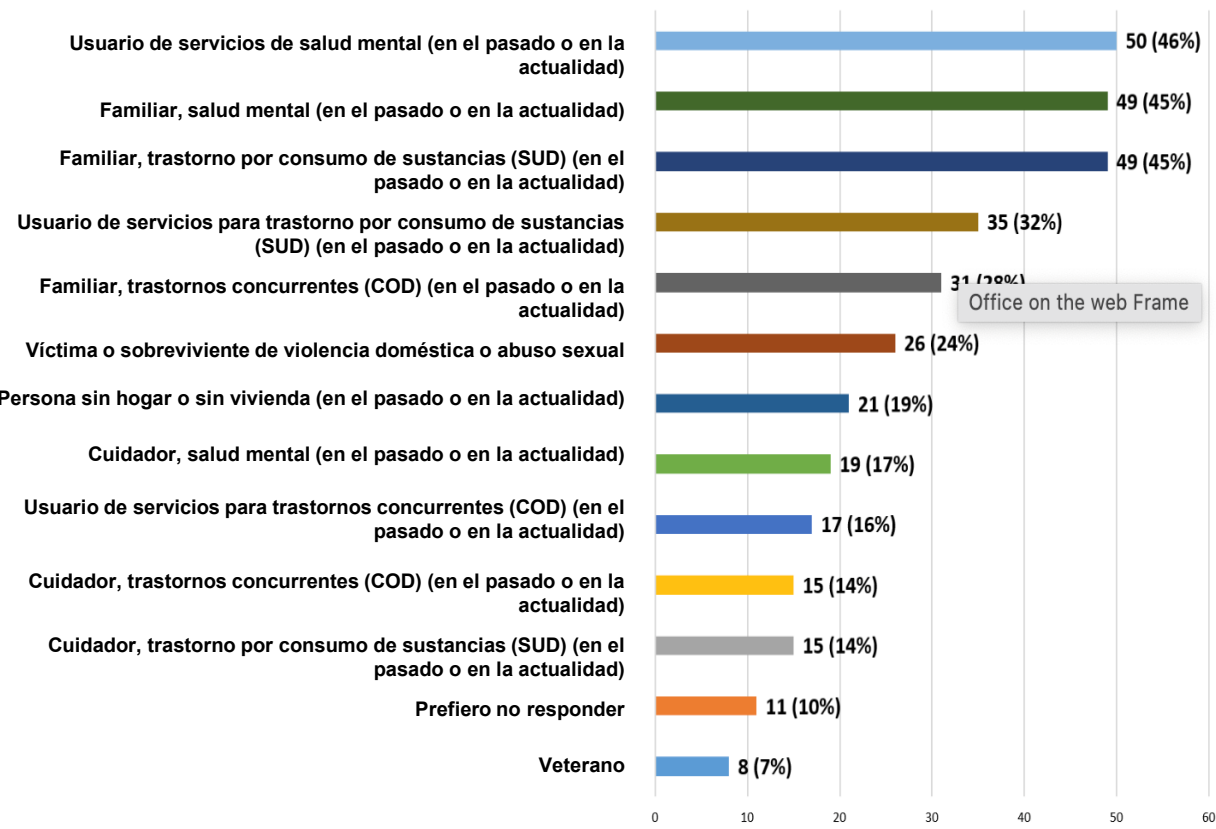
ASPECTOS DESTACADOS

- Todos los grupos de partes interesadas del DHCS participaron en el CPT de la BHSA o a través de un foro o un grupo de debate relacionado con la BHSA.
- Entre enero y diciembre de 2025, más de 450 personas distintas, en representación de 224 organizaciones diferentes, participaron en al menos una sesión o un foro.

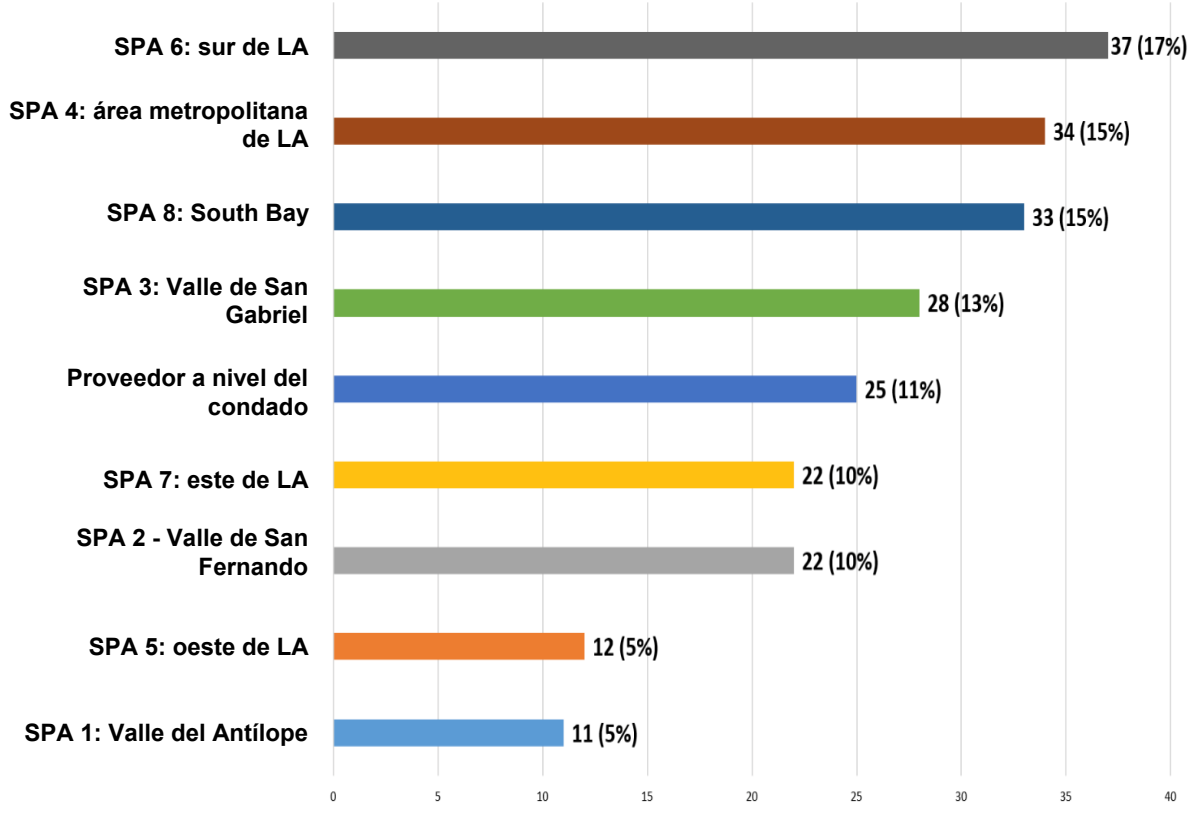
Diversidad de las partes interesadas del CPT de la BHSA

PERSONAS CON EXPERIENCIA VIVIDA Y REPRESENTACIÓN DE LAS ÁREAS DE SERVICIO

MIEMBROS DEL CPT DE LA BHSA: TODAS LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS



MIEMBROS DEL CPT: REPRESENTACIÓN DEL ÁREA DE PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS

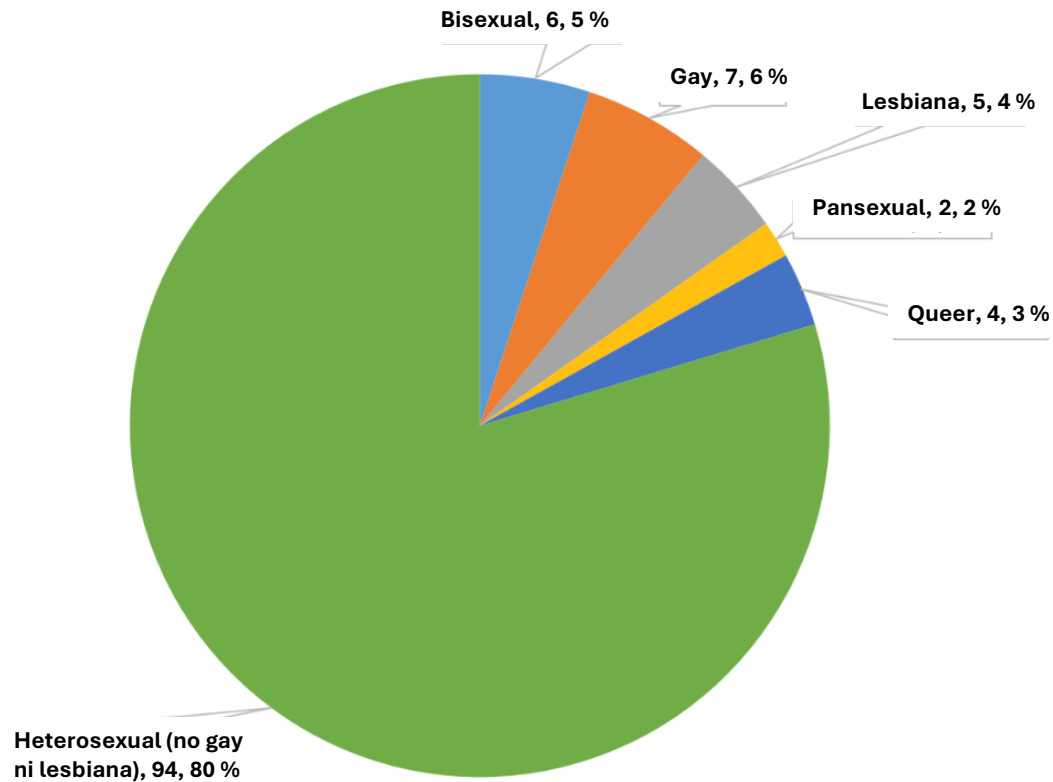


NOTA: Esta información proviene de 109 de los 139 miembros del CPT que enviaron su formulario de información de miembros.

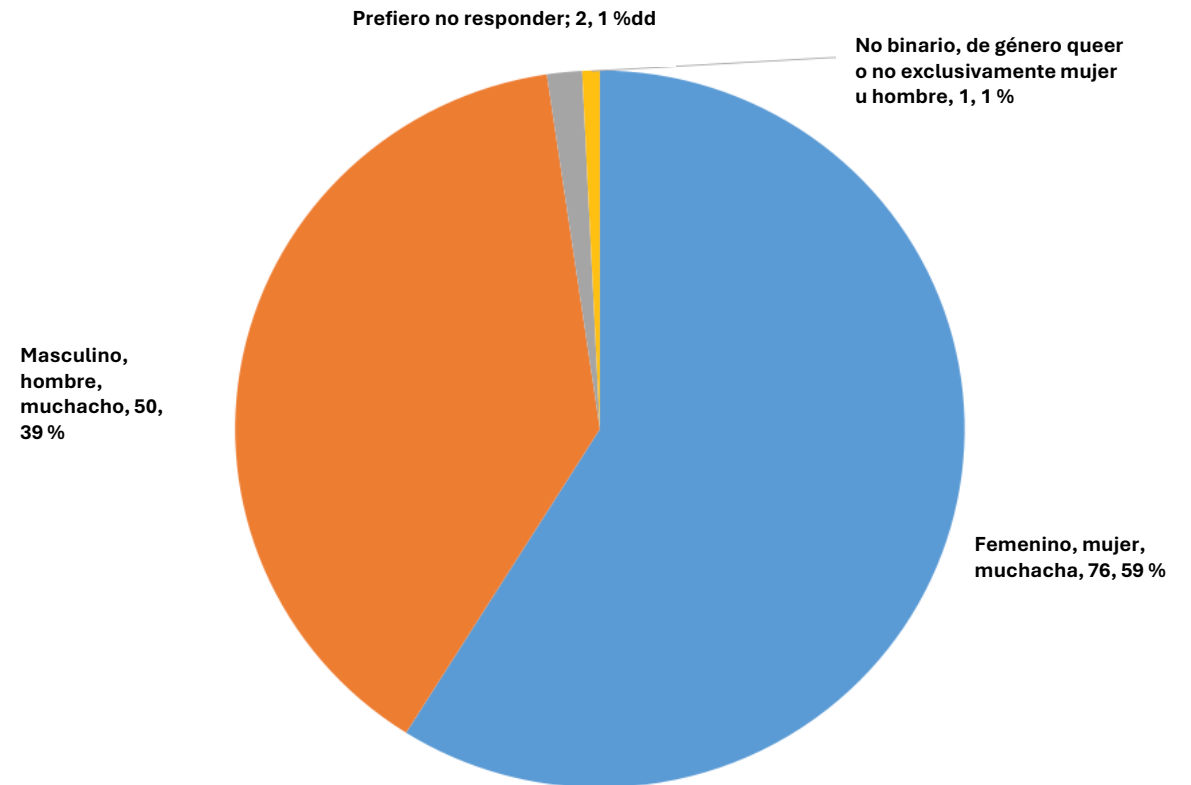
Diversidad de las partes interesadas del CPT de la BHSA

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

MIEMBROS DEL CPT: ORIENTACIÓN SEXUAL



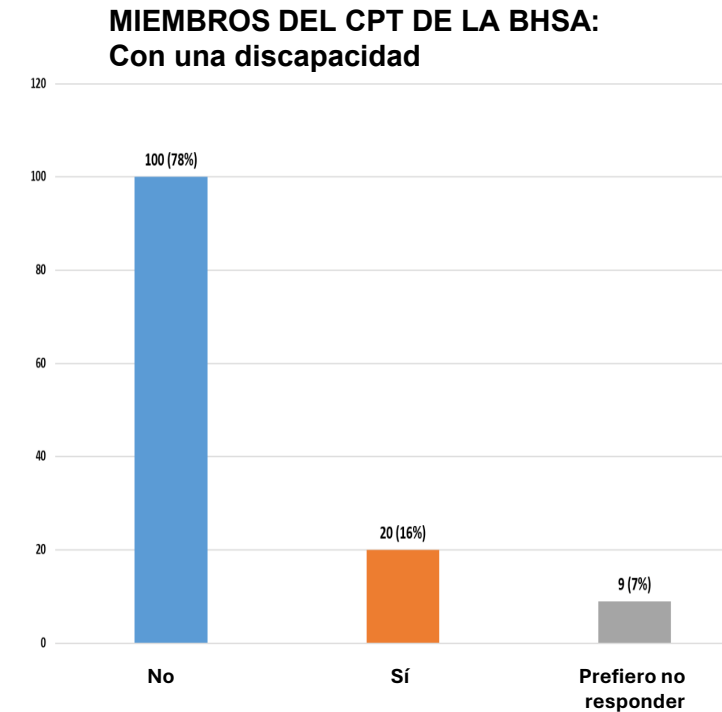
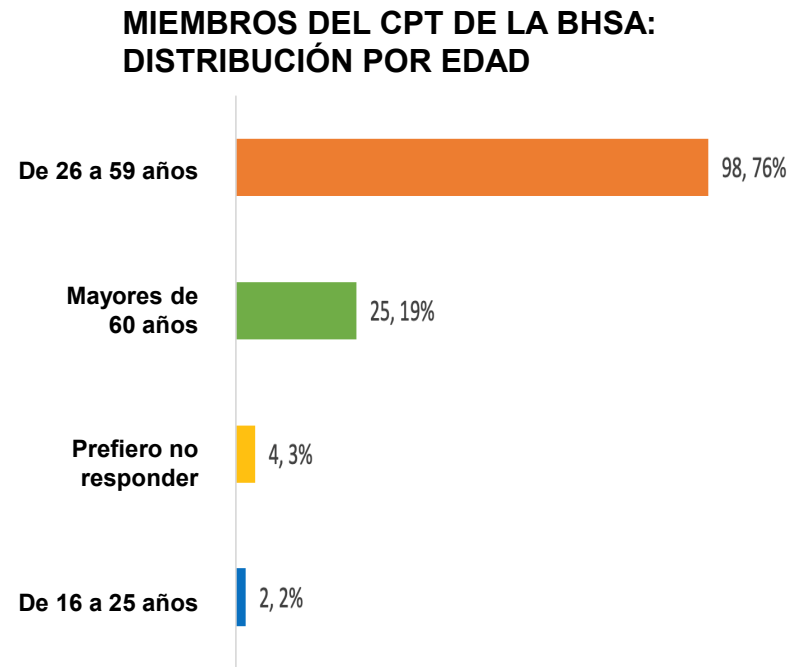
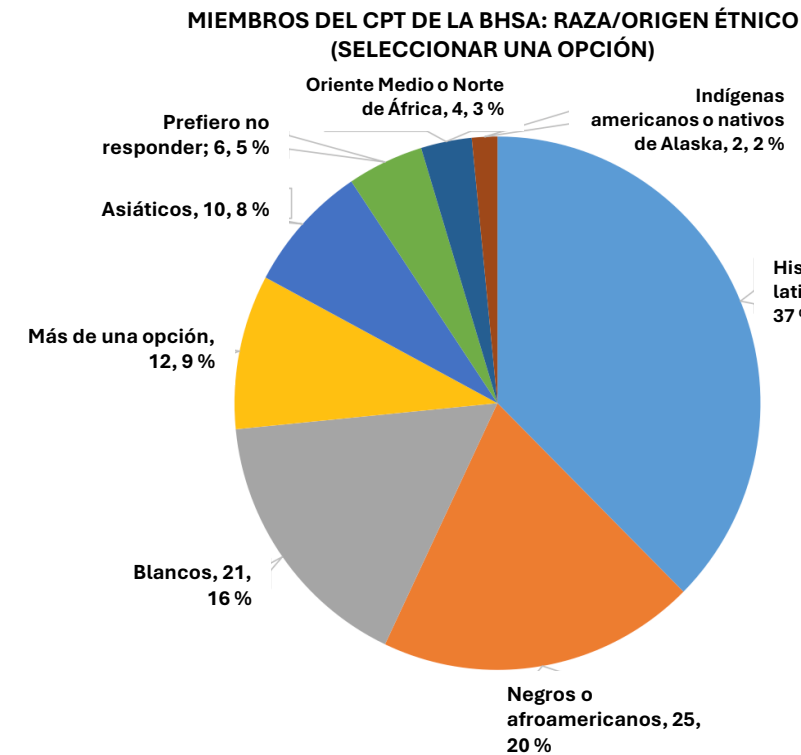
MIEMBROS DEL CPT: IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL



NOTA: Esta información proviene de 109 de los 139 miembros del CPT que enviaron su formulario de información de miembros.

Diversidad de las partes interesadas del CPT de la BHSA

RAZA/ORIGEN ÉTNICO, DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y DISCAPACIDAD



NOTA: Esta información proviene de 109 de los 139 miembros del CPT que enviaron su formulario de información de miembros.

Gracias



LOS ANGELES COUNTY
**DEPARTMENT OF
MENTAL HEALTH**
hope. recovery. wellbeing.



SAPC | Substance Abuse
Prevention and Control