



MONTEREY COUNTY  
BEHAVIORAL HEALTH

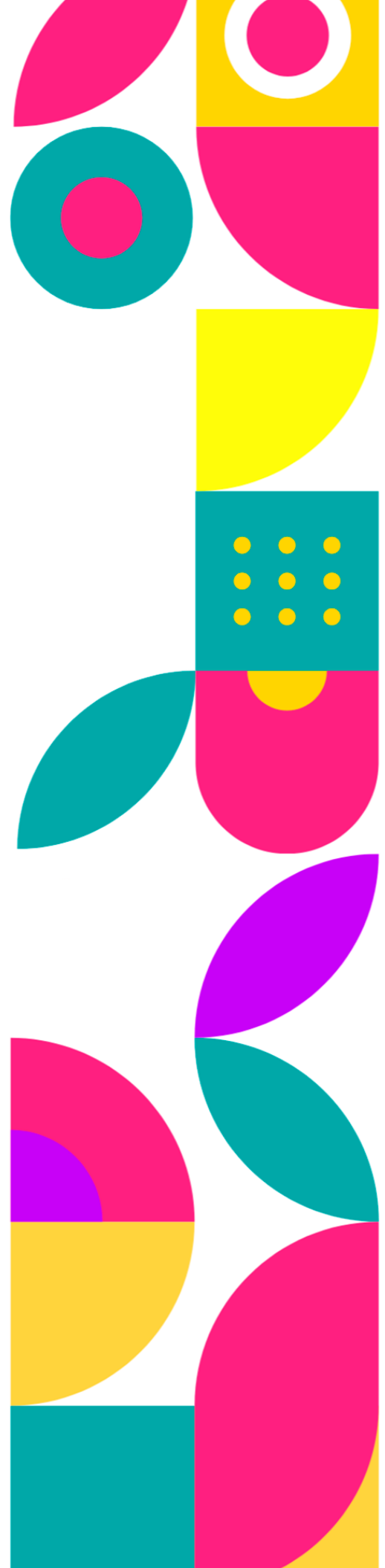
Avanzando Juntos Forward Together

**AF 2025 - 2026**

**INFORME DEL  
PROCESO DE  
PLANIFICACIÓN  
COMUNITARIA DEL  
CONDADO DE  
MONTEREY**

Preparado por

**EVALCORP**  
Measuring What Matters®



# Tabla de contenido

---

<b>TABLA DE CONTENIDO .....</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS COMUNITARIOS DEL AÑO FISCAL 2025–2026 DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE MONTEREY AT A GLANCE (DE UN VISTAZO) .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTODOS .....</b>	<b>4</b>
<b>ESTRATEGIA DE COMPROMISO .....</b>	<b>4</b>
<b>RECOPILACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>4</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>5</b>
<b>TEMAS CLAVE Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>5</b>
<b>NECESIDADES, SERVICIOS Y ACCESO A LA SALUD CONDUCTUAL.....</b>	<b>6</b>
<b>OBSTÁCULOS A LOS SERVICIOS .....</b>	<b>11</b>
<b>RECOMENDACIONES PARA SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....</b>	<b>15</b>
<b>DEMOGRAFÍA DE LOS PARTICIPANTES .....</b>	<b>18</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>20</b>

# Agradecimientos

---

EvalCorp desea agradecer a las personas que aportaron su tiempo y aportes para apoyar la ejecución del Proceso de Planificación de Programas Comunitarios (CPPP) de este año. Queremos comenzar agradeciendo a Monterey County Behavioral Health por su asociación en todas las actividades de CPPP. Estamos particularmente agradecidos a la directora de la Oficina de Salud Conductual del Condado de Monterey, Melanie Rhodes, al jefe adjunto de la Oficina, Fabricio Chombo, a la coordinadora de la MHSA, Shannon Castro, al coordinador de innovación de la MHSA, Wesley Schweikhard, y a la gerente de servicios de salud conductual, Il, Iohana Tapia. Agradecemos enormemente su colaboración y apoyo.

También quisiéramos agradecer a todos los proveedores de fondos su ardua labor de apoyo a los procesos de recopilación de datos. Estamos particularmente agradecidos al Centro de Defensa Comunitaria (CCA), Centro Binacional para el Desarrollo Indígena Oaxaqueño (CBDIO), Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI) Monterey, Prevención y Asistencia Estudiantil de Pajaro Valley (PVPSA), Partners for Peace, The Epicenter y The Village Project, Inc. Las sesiones de escucha incluidas en este informe no habrían sido posibles sin su dedicación y compromiso con sus comunidades.

Por último, nos gustaría reconocer y agradecer a la comunidad del Condado de Monterey por participar en la Encuesta Comunitaria de Salud Conductual y compartir sus experiencias, historias y recomendaciones durante las Sesiones de Escucha. Este informe no sería posible sin ellos.



# De un Vistazo

Preparado por:  
EVALCORP

**AF 2025-2026**

**Proceso de planificación de programas  
comunitarios**



**652**

Respuestas de la encuesta



**326**

Participantes en la sesión  
de escucha



**43%**

de las personas encuestadas reportó  
desafíos diarios relacionados con la  
salud mental.

## Recomendaciones basadas en el componente de la BHSa

### Vivienda

Aumentar el inventario de viviendas asequibles del condado

Ampliar los servicios de apoyo a la vivienda para personas con  
problemas de salud mental.

Ofrecer y fortalecer programas de asistencia financiera.

Mejorar y agilizar las políticas de vivienda.

Ofrecer apoyo a largo plazo y oportunidades para el desarrollo de habilidades.

### Asociaciones de servicio completo

Integrar la atención  
de salud conductual  
con los servicios de  
vivienda.

Proporcionar ayuda  
directa para el  
transporte

### Servicios y apoyos de salud conductual

Ampliar los servicios comunitarios y los modelos de apoyo entre pares

Ampliar los servicios de atención en situaciones de crisis y de prevención

Ampliar la oferta y la variedad de servicios para los jóvenes y las familias

Contratar y retener a proveedores de atención que reflejen los antecedentes culturales y lingüísticos de las  
comunidades atendidas

Aumentar los servicios de traducción e interpretación, con prioridad en las lenguas indígenas

Mejorar la competencia cultural del personal y los proveedores

# Hallazgos: De un Vistazo

## Observaciones generales



### En general

- La evaluación del CPPP destacó que no existe una experiencia universal cuando se trata del sistema de atención de salud conductual. Los comentarios de una amplia variedad de participantes indicaron que la forma en que una persona percibe los servicios depende en gran medida de su propia trayectoria de vida.



### Proveedores y miembros de la comunidad

- Las personas que brindan atención y quienes la reciben a menudo ven el sistema de manera diferente. Ambos puntos de vista son esenciales para comprender cómo funciona el sistema de atención en contextos del mundo real.



### Identidades comunitarias

- Ciertos grupos tienen experiencias distintas que difieren de las del público en general. En particular, las personas que enfrentan dificultades de vivienda, aquellas aseguradas por Medi-Cal y quienes hablan principalmente lenguas indígenas compartieron preocupaciones únicas que requieren atención específica.

## Principales problemas de salud conductual

- Ansiedad
- Trastorno por consumo de alcohol
- Trauma

## Opiniones sobre la disponibilidad de los servicios

- Escasez de servicios para personas que buscan ayuda con problemas de salud mental o consumo de sustancias.
- Falta de ayuda para la vivienda para personas que afrontan problemas de salud mental o de consumo de sustancias.

## ¿Qué tan fácil es obtener ayuda?

- ~ 40% considera que la atención de salud mental y por consumo de sustancias es accesible.
- ~ 21% considera que el apoyo para la vivienda es accesible para las personas que enfrentan desafíos de salud mental o consumo de sustancias.

## Barreras para la atención de salud mental y por consumo de sustancias

Área clave	Tipos de barreras
Finanzas y accesibilidad	Costo de la atención; falta de cuidado infantil/apoyo; dificultades de transporte; largas esperas; horario limitado
Desafíos del sistema y del servicio	Sistemas difíciles de usar; escasez de proveedores; calidad de la atención inconsistente.
Factores sociales y culturales	Desajustes lingüísticos y culturales; disposición para el tratamiento; estigma en torno a la salud mental y el consumo de sustancias.

## Barreras para el apoyo de vivienda

Área clave	Tipos de barreras
Presiones financieras	Alquileres y costos de servicios públicos elevados; ingresos limitados; falta de viviendas asequibles.
Barreras sistémicas y administrativas	Solicitudes y derivaciones complejas; largas listas de espera y oferta limitada; procesos de mudanza complicados.
Desafíos sociales y de salud mental	La inestabilidad de la vivienda y los problemas de salud mental se refuerzan mutuamente; discriminación; estigma.

# Introducción

---

La Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA), aprobada por los votantes de California en 2004, financió los servicios de salud conductual a través de un impuesto del 1% sobre los ingresos personales de más de \$1 millón por año.<sup>1</sup> El propósito de la ley era expandir y transformar los servicios de salud conductual de California para apoyar mejor a las personas con, o en riesgo de, condiciones graves de salud mental, y sus familias. La MHSA abordó una amplia gama de necesidades de prevención, intervención temprana y tratamiento, así como la infraestructura, la tecnología y el desarrollo de la fuerza laboral necesarios para sostener un sistema de salud conductual público eficaz.

Para garantizar que los fondos del MHSA satisficieran las diversas necesidades de las comunidades, la Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental (MHSOAC) exigió a los condados que crearan un programa trienal y un plan de gastos y actualizaciones anuales. Estos planes se desarrollaron a través de un Proceso de Planificación de Programas Comunitarios (CPPP, por sus siglas en inglés), que reunió aportaciones de Miembros de la Comunidad (individuos que usan o pueden beneficiarse de servicios de salud conductual) y Proveedores (aquellos que proporcionan o coordinan servicios) para guiar las prioridades y mejoras.

A partir de julio de 2026, la Ley de Servicios de Salud Conductual (BHSA) reemplazará a la MHSA. BHSA se centra más en proporcionar atención completa (salud mental, tratamiento para el consumo de sustancias, vivienda y otros apoyos) a las personas que más lo necesitan. Los condados están obligados a establecer un Plan Integrado<sup>2</sup> que describa los servicios que se prestarán y que detalle dónde se asignarán todos los fondos públicos para salud conductual durante los próximos tres años. Este primer Plan Integrado se desarrollará antes del 31 de marzo de 2026, antes de la transición a BHSA.

El CPPP sigue siendo un requisito fundamental para la planificación y elaboración del Plan Integrado por parte de BHSA. El proceso está diseñado para asegurar que los condados se asocien activamente con los miembros de la comunidad y los proveedores en todas las fases operativas: desarrollo de políticas, planificación e implementación de programas, monitoreo, planificación de la fuerza laboral, mejora de la calidad y presupuesto.

Para apoyar el desarrollo del primer Plan Integrado de BHSA, Monterey County Behavioral Health (MCBH) involucró a los grupos locales utilizando varios métodos para cumplir con el mandato de CPPP. Dos de las actividades en apoyo del CPPP, incluidas en este informe, fueron una encuesta de salud conductual comunitaria y sesiones de escucha.

Este informe se centra específicamente en las conclusiones de la sesión de encuesta y escucha y no incluye ninguna otra actividad de planificación comunitaria organizada por el MCBH. MCBH contrató a EVALCORP, una empresa de evaluación, para realizar la encuesta y sesiones de escucha con miembros de la comunidad y proveedores, recopilando datos críticos para alinear los servicios de salud conductual con las necesidades de la comunidad.

---

<sup>1</sup> [Departamento de Servicios de Salud, "Ley de Servicios de Salud Mental"](#)

<sup>2</sup> [Ley de Servicios de Salud Conductual Manual de Políticas del Condado](#)

# Métodos

---

## Estrategia de compromiso

---

El CPPP de BHSa requiere que los condados involucren a partes interesadas específicas de manera significativa para garantizar un acceso equitativo a servicios que tengan en cuenta la cultura<sup>3</sup>. Un total de 19 grupos de interesados participaron en encuestas y sesiones de escucha.

- Individuos con experiencia vivida
- Veteranos
- Servicios médicos de urgencia
- Agencias de educación
- Planes de atención administrada de Medi-Cal
- Organizaciones de base comunitaria que atienden a diversas poblaciones
- Socios de la educación superior
- Centros de vida independiente
- Organizaciones de veteranos
- Familias
- Organizaciones juveniles
- Socios de seguridad pública
- Organizaciones sanitarias
- Representantes tribales
- Servicios sociales y organismos de bienestar de la infancia de los condados
- Organizaciones de la primera infancia
- Aseguradoras por discapacidad
- Agencias de envejecimiento
- Prestadores de servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias

## Recopilación de datos

---

### Encuesta comunitaria

---

La encuesta comunitaria fue diseñada para capturar información sobre temas de salud conductual tanto de miembros de la comunidad como de proveedores. MCBH coordinó una estrategia de distribución, trabajando con agencias y organizaciones asociadas para compartir la encuesta con sus clientes, proveedores y la comunidad en general a través de aproximadamente 80 canales. Para asegurar la representación de la diversa población del condado de Monterey, se supervisaron continuamente las pautas de respuesta a las encuestas y se llevaron a cabo actividades de divulgación específicas, utilizando formatos en línea y en papel. Estos esfuerzos dieron como resultado 652 personas encuestadas.

### Sesiones de escucha

---

Se llevaron a cabo una serie de sesiones de escucha para reunir las perspectivas de la comunidad sobre las necesidades de servicios e ideas sobre cómo se deben utilizar los fondos de BHSa. Estas sesiones estuvieron abiertas a todos los residentes del Condado de Monterey, con una mezcla de Proveedores y Miembros de la Comunidad. MCBH se asoció con agencias y organizaciones locales para realizar actividades de divulgación en todo el condado. Se pidió a los participantes que completaran la encuesta comunitaria

---

<sup>3</sup> [Departamento de Servicios de Atención Médica, Proceso de Planificación Comunitaria y Participación de las Partes Interesadas Locales](#)

durante la sesión. Aproximadamente 326 personas<sup>4</sup> participaron en ocho sesiones de escucha (cuatro virtuales y cuatro presenciales). Las sesiones se ofrecieron en inglés, español, mixteco y triqui. Todas las sesiones estaban disponibles en español, ya sea mediante facilitación primaria o interpretación.

## Análisis de datos

---

Tras la reunión de datos, se prepararon para su análisis las 652 respuestas a encuestas que arrojaba la estrategia de distribución. Primero se analizaron los datos para todos los encuestados, luego se separaron en dos grupos principales: los que prestan servicios (Proveedores) y los que pueden usar servicios (Miembros de la Comunidad).

A continuación, los datos se desglosaron en las siguientes características para determinar los resultados específicos de cada grupo:

- Edad
- Identidad<sup>5</sup>
  - Vivir con un trastorno de salud mental o consumo de sustancias
  - Vivir con necesidades de apoyo a la vivienda
  - Familiar de una persona con necesidades de apoyo
  - Vivir con una discapacidad o condición de salud crónica
  - LGBTQ+
  - Sobreviviente de violencia doméstica y/o agresión sexual
- Tipo de seguro
- Idioma primario

Los datos demográficos de los participantes en la encuesta se analizaron utilizando estadísticas descriptivas para proporcionar una comprensión integral de las identidades de los encuestados.

Todos los datos cualitativos de las sesiones de escucha se limpiaron y prepararon para el análisis, que pasó por dos fases. La primera fase consistió en un análisis cualitativo del contenido para identificar temas destacados. En la segunda fase, los temas fueron sintetizados, analizados y resumidos en este documento. Se utilizaron citas directas para ilustrar los temas principales. Para mantener la atención centrada en las principales conclusiones, algunas citas se editaron utilizando elipses (...) para eliminar palabras y corchetes [ ] para sustituir texto o información contextual, según fuera necesario. Sin embargo, se tuvo cuidado de que el mensaje y el significado originales del participante permanecieran sin cambios.

## Temas clave y conclusiones

---

Los hallazgos descritos en este informe reflejan las perspectivas de la comunidad sobre la salud mental, el consumo de sustancias y la vivienda para aquellos que viven con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias, así como el acceso a los servicios. Los participantes del CPPP compartieron sus percepciones sobre las preocupaciones de la comunidad, la disponibilidad de servicios y las barreras para acceder a los servicios. También se proporcionaron preferencias de comunicación, información sobre los servicios

---

<sup>4</sup> Las sesiones virtuales de escucha permiten la participación de no residentes en el condado. Para garantizar que los datos de una Sesión de Escucha en particular no difirieran cualitativamente de las otras sesiones, los datos de cada Sesión de Escucha se analizaron y validaron por separado, confirmando su consistencia con los hallazgos generales del año. Después de la revisión y validación, todos los datos se analizaron juntos para su inclusión en el informe.

<sup>5</sup> Los subgrupos de identidad de no están separados, ya que los participantes pueden seleccionar varias opciones.

existentes y recomendaciones para futuros servicios. Estas ideas reflejan la opinión de la comunidad sobre el estado actual de los servicios de salud conductual en el condado de Monterey y destacan las consideraciones para el financiamiento de BHSA.

## Necesidades, servicios y acceso a la salud conductual

### Cuestiones prioritarias de salud mental y consumo de sustancias

Se pidió a los encuestados que identificaran los problemas más importantes de salud mental y consumo de sustancias en su comunidad (véase la figura 1). La ansiedad, el trastorno por consumo de alcohol y el trauma se clasificaron como los tres principales problemas dentro del condado de Monterey en general, así como entre los miembros de la comunidad y los proveedores.

El análisis de subgrupos para identidad personal y edad reveló similitudes en las principales preocupaciones de salud conductual, aunque el orden de prioridad difirió. El estrés crónico fue un tema altamente clasificado para las personas que viven con necesidades de vivienda (n=38), que viven con una discapacidad o condición de salud crónica (n=28), y que se identifican como LGBTQ+ (n=21).

En general, las conclusiones ponen de relieve los desafíos generalizados de la comunidad e identifican varias áreas clave para la intervención. Si bien hubo un amplio consenso sobre los principales problemas de salud conductual, varios subgrupos identificaron de manera única el estrés crónico como una preocupación principal. Este hallazgo diferencial enfatiza fuertemente la importancia de asegurar que la programación considere las diversas necesidades presentes dentro de la comunidad.

**Figura 1. Problemas prioritarios de salud mental y consumo de sustancias**

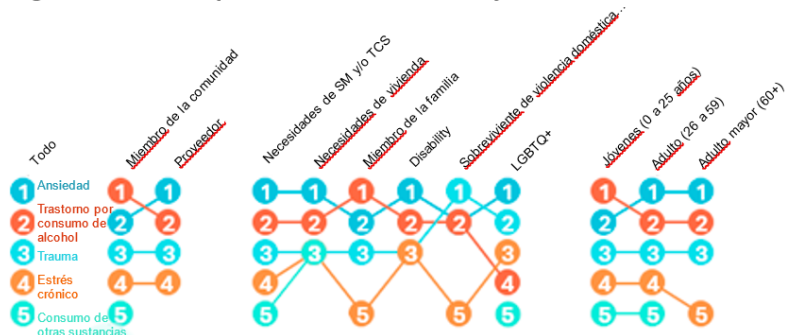


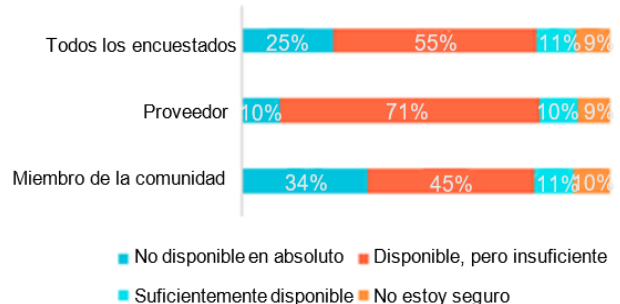
Figura 1: La primera columna muestra las 5 principales preocupaciones identificadas por todos los encuestados (1= más importante). Las otras columnas muestran cómo diferentes subgrupos clasificaron estas mismas 5 preocupaciones. Las líneas muestran cómo cambian las prioridades de un grupo a otro.

### Disponibilidad de los Servicios

#### Servicios de salud mental

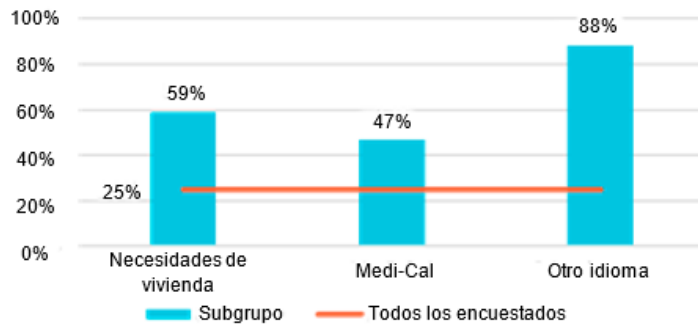
Cuando se les preguntó sobre la suficiencia de los servicios que atendían las necesidades de salud mental, muchos de los encuestados expresaron preocupación. Más de la mitad (55%, n=347) de todos los encuestados indicaron que existen servicios de salud mental, pero que son insuficientes para satisfacer las necesidades de la comunidad. Esta percepción de insuficiencia fue más pronunciada entre los proveedores (71%, n=173)

**Figura 2. Calificaciones sobre la disponibilidad de los servicios de salud mental**



que entre los miembros de la comunidad (45%, n=174) (Figura 2).

**Figura 3. Percepciones sobre la falta de disponibilidad de servicios de salud mental.**



La mayoría de los subgrupos compartían la conclusión general de que los servicios de salud mental eran inadecuados para satisfacer las necesidades de la comunidad. Sin embargo, se encontró un contraste significativo entre grupos específicos: la mayoría de las personas que necesitaban apoyo para vivienda (n=39), los asegurados por Medi-Cal (n=98) y los que hablaban principalmente un idioma distinto del inglés (normalmente un idioma indígena) (n=112) informaron que no existían servicios de salud mental en el condado de Monterey (Figura 3).

### Servicios de consumo de sustancias

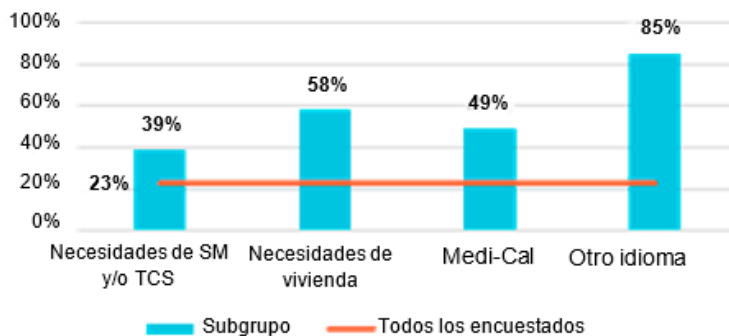
Un número significativo de encuestados expresó preocupación al evaluar la disponibilidad de servicios para el consumo de sustancias. En general, el 48% de los encuestados (n=295) creía que los servicios eran insuficientes para satisfacer las necesidades de la comunidad. Esta percepción fue menos común entre los Miembros de la Comunidad (38%, n=144) que entre los Proveedores (62%, n=151) (Figura 4).

**Figura 4. Calificaciones de la disponibilidad de servicios para el consumo de sustancias.**



El subanálisis se ajustó en general a los resultados generales, indicando que la mayoría de los subgrupos consideraban insuficientes los servicios de consumo de sustancias. Surgieron diferencias notables para varios grupos clave: las personas con trastornos de salud mental o consumo de sustancias (n=77), que viven con necesidades de vivienda (n=38), asegurados por Medi-Cal (n=100) y cuyo idioma principal no era el inglés (a menudo un idioma indígena) (n=109) tenían más probabilidades de percibir que los servicios de consumo de sustancias no estaban disponibles en el condado (Figura 5).

**Figura 5. Percepción de la falta de disponibilidad de servicios para el consumo de sustancias.**



## Servicios de vivienda

Para identificar las deficiencias en los servicios de vivienda para las personas con trastornos por consumo de sustancias y/o problemas de salud mental, los encuestados evaluaron la disponibilidad de diversos servicios relacionados con la vivienda en el condado. En general, una proporción muy baja de los encuestados (5-10%) consideraba que los servicios de vivienda estaban disponibles. Los

servicios de vivienda asequible se identificaron universalmente como el servicio menos disponible, una opinión compartida por los miembros de la comunidad, los proveedores y la mayoría de los subgrupos. Si bien la mayoría de los miembros de la comunidad indicaron una falta de servicios en todas las demás necesidades relacionadas con la vivienda, era menos probable que los proveedores informaran de esta falta de disponibilidad generalizada. El subanálisis puso de relieve una diferencia clave en la identidad: las personas con necesidades de vivienda informaron de una percepción considerablemente mayor de la falta de disponibilidad de servicios en comparación con el colectivo general de encuestados (Figura 6).

Figura 6. Percepciones de los servicios relacionados con la vivienda como no disponibles.

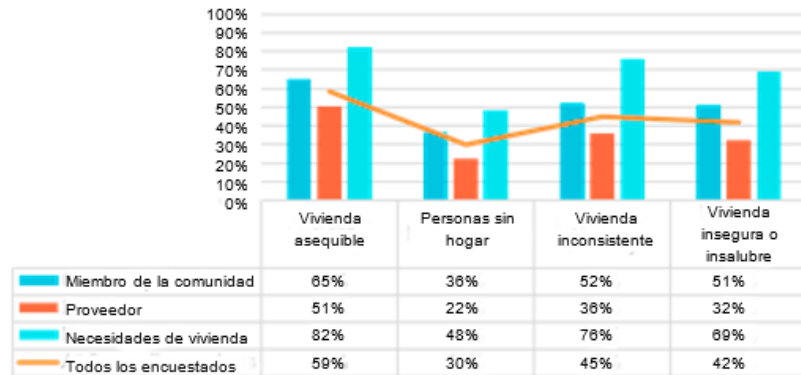


Figura 7. Percepciones sobre la falta de disponibilidad de servicios relacionados con la vivienda según la edad.

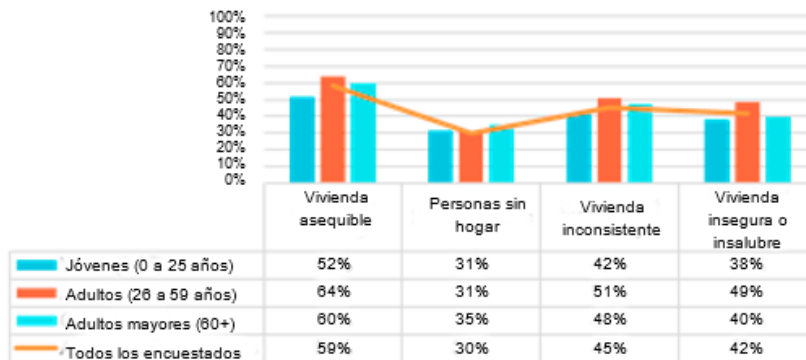


Gráfico que muestra la percepción de la falta de servicios relacionados con la vivienda según la edad. Si bien las percepciones sobre la ausencia de servicios en todas las categorías de edad se ajustaban en general a las conclusiones generales de la encuesta, un examen más detenido reveló algunas distinciones. Los adultos informaron constantemente de las tasas más altas de indisponibilidad de servicios en todas las cuestiones de vivienda,

excepto en las personas sin hogar. En el caso de las personas sin hogar, que fue la preocupación menos crítica para todos los grupos de edad, los adultos mayores (n=21) fueron el grupo más propenso a considerar estos servicios como no disponibles (Figura 7).

En general, los hallazgos indican que, aunque los residentes generalmente conocen los servicios de salud conductual y vivienda disponibles en el condado de Monterey, muchos, especialmente los proveedores y las poblaciones vulnerables, perciben brechas significativas o ausencias completas en la capacidad de servicio. Estas percepciones pueden limitar las referencias, reducir la utilización y desalentar la búsqueda de atención. Esto pone de relieve la oportunidad de ampliar la divulgación y la educación sobre los servicios disponibles.

## Preferencias de comunicación para recibir información de servicio

Dadas las percepciones de deficiencias significativas en los servicios de salud conductual, entender cómo los residentes prefieren recibir información sobre los recursos disponibles es esencial para garantizar que los más necesitados puedan recibir atención. Los siguientes resultados describen las preferencias de comunicación de los encuestados, revelando qué canales pueden ser más eficaces para una amplia divulgación y los necesarios para una participación específica.

En general, los encuestados indicaron que preferían recibir información sobre los servicios de salud conductual a través de las redes sociales. Si bien las redes sociales y el correo electrónico fueron las opciones dominantes entre los subgrupos, hubo variaciones en las preferencias para los asegurados a través de la cobertura de Medi-Cal y cuyo idioma principal es otro idioma (a menudo idiomas indígenas) (Tabla 1).

**Tabla 1. Preferencias para recibir información de servicio**

	Correo electrónico	Boletines	Teléfono	Pódcast/ videos	Radio	Redes Sociales	Televisión	Texto/ whatsapp	sitios web	Otro**
<b>Todo</b>						<b>42%</b>				
Miembro de la comunidad						33%				
Proveedor	<b>54%</b>									
Jóvenes (0 a 25 años)						<b>64%</b>				
Adulto (26 a 59)	35%					35%				
Adulto mayor (60+)	45%									
Medicare	52%									
Medi-Cal								<b>36%</b>		
Seguro Privado	53%									
Sin seguro						50%				
Prefiero no responder						50%				
Inglés	<b>63%</b>									
Español						47%				
Inglés y español						<b>70%</b>				
Otro idioma										44%
Prefiero no responder									57%	

Los tonos más oscuros indican un mayor porcentaje de encuestados que seleccionaron ese modo de comunicación, mientras que los tonos más claros indican un porcentaje menor. El porcentaje más alto para cada subgrupo se incluye en el texto oscuro y en negrita.

\*Otras opciones de comunicación incluyeron correo físico, periódicos, en persona (por ejemplo, talleres, eventos comunitarios) y boca a boca.

Estos datos indican que los métodos digitales son en general eficaces; sin embargo, los canales como el correo físico son cruciales para lograr la participación efectiva de poblaciones específicas y muy necesitadas, en particular las que tienen diferencias lingüísticas o barreras socioeconómicas.

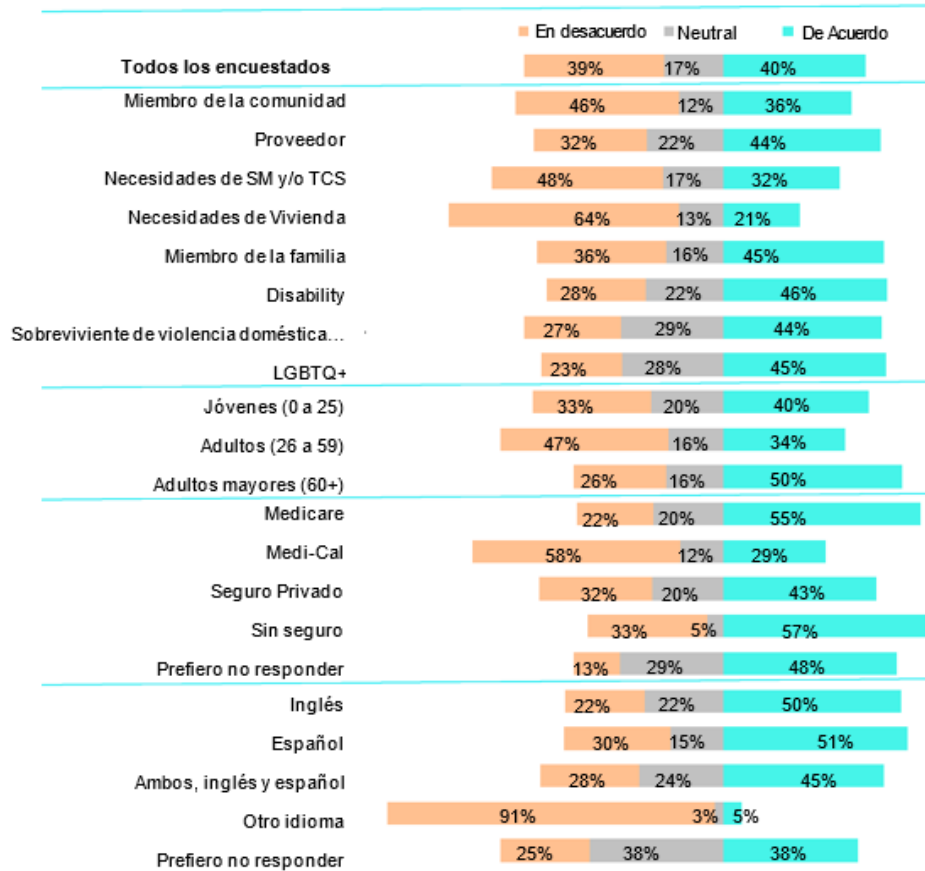
## Accesibilidad al servicio

Para comprender las percepciones de la comunidad sobre la accesibilidad a la atención de salud conductual en el condado de Monterey, se preguntó a los encuestados si las personas con necesidades de salud mental y consumo de sustancias podían acceder a ayuda y apoyo para vivienda en su comunidad. Los resultados indican que aproximadamente el 40% de todos los encuestados estaban de acuerdo en que los servicios de

**Figura 8. Acceso percibido a los servicios de salud mental y de tratamiento de adicciones.**

*De acuerdo con la declaración:*

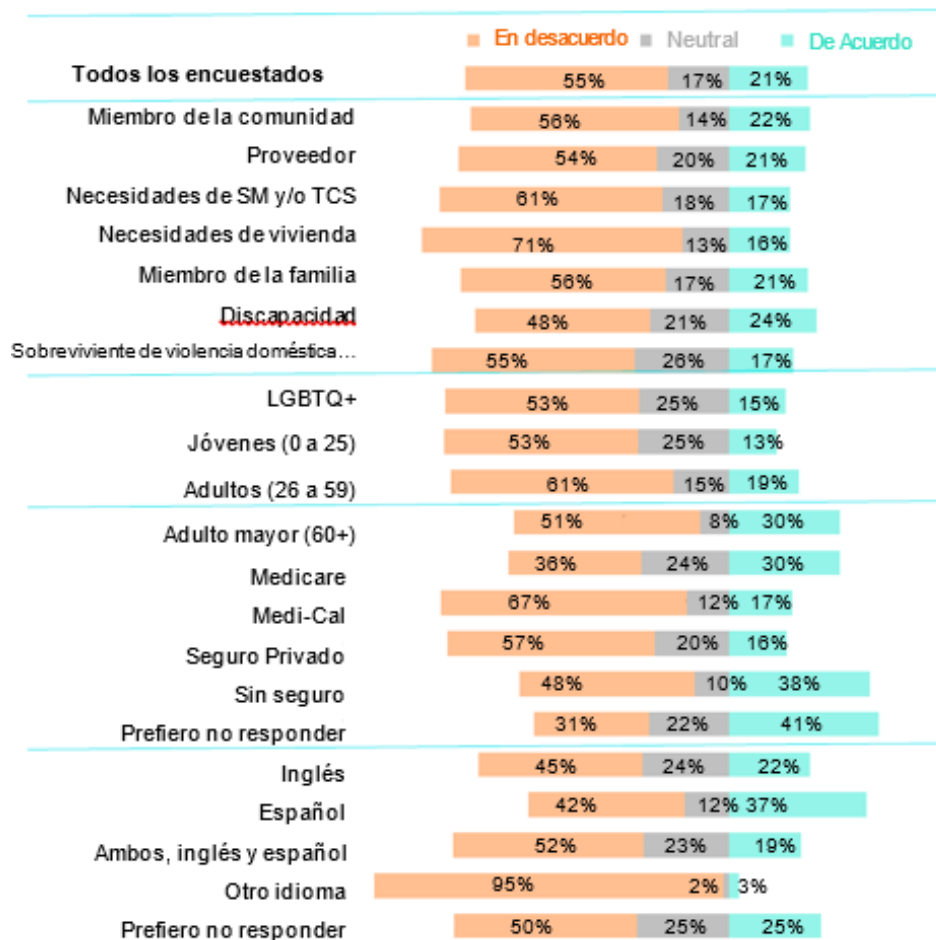
*"En mi comunidad, las personas con problemas de salud mental y de consumo de sustancias pueden obtener ayuda".*



salud mental y consumo de sustancias eran accesibles. Este punto de vista varió ligeramente según la identidad del encuestado: los proveedores informaron de un mayor acceso y los miembros de la comunidad informaron de un menor acceso. El análisis de subgrupos también puso de relieve que tres grupos, los individuos que viven con necesidades de apoyo a la vivienda (21%, n=12), los que tienen seguro Medi-Cal (29%, n=59) y los hablantes de lenguas indígenas (Otro idioma) (5%, n=6) tenían percepciones considerablemente más bajas de la accesibilidad a los servicios en comparación con la respuesta general (Figura 8).

En general, las percepciones sobre la accesibilidad a los servicios de vivienda eran bajas, y más de la mitad de los encuestados creían que las personas con necesidades de salud mental y consumo de sustancias no podían acceder al apoyo para la vivienda. Las percepciones de los miembros de la comunidad y los proveedores eran consistentes con el colectivo. La brecha de servicio percibida fue mayor entre los asegurados por Medi-Cal (67%, n=137), que experimentaron necesidades de vivienda (71%, n=39), y cuyo idioma principal no fue el inglés o el español (principalmente lenguas indígenas) (n=110, 95%), quienes indicaron que no podían recibir asistencia local (Figura 9).

**Figure 9. Perceived Access to Housing Support Service**  
*Agreement with the statement*  
*"In my community, people with mental health and substance use needs can get the support they need to find housing"*



La confianza constante y baja en recibir apoyo de salud conductual y vivienda implica una desconexión entre la demanda comunitaria y el suministro efectivo en el condado de Monterey. Las percepciones mucho más altas de inaccesibilidad entre los grupos más necesitados, como los que tienen necesidades de vivienda, los beneficiarios de Medi-Cal y los hablantes de lenguas indígenas, indican barreras significativas y/o brechas de comunicación que impiden el acceso a la atención de los más vulnerables.

## Obstáculos a los servicios

La siguiente sección explora las barreras que enfrentan los residentes del condado de Monterey al acceder a servicios de salud mental, consumo de sustancias y vivienda relacionada para las personas que experimentan

estos desafíos. Las conclusiones permiten comprender las opiniones sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios.

## Salud Mental y Servicios de consumo de sustancias

El costo de los servicios, la falta de apoyo para el cuidado de los niños/cuidadores y el estigma fueron las barreras más comunes para acceder a los servicios de salud mental y consumo de sustancias para todos los encuestados, incluidos los miembros de la comunidad y los proveedores. Los subanálisis de las respuestas revelaron diferencias en los problemas a que se enfrentaban determinadas poblaciones. En particular, casi tres cuartas partes de las personas que experimentan necesidades de vivienda identificaron la disponibilidad de citas (n=178) y la falta de seguro (n=183) como barreras significativas para la atención.

Los costos de los servicios fueron la barrera mejor calificada para las personas con necesidades de salud mental o consumo de sustancias (n=136) (Tabla 2).

Las respuestas por escrito de los encuestados (N=223) y los comentarios de los participantes en la sesión de escucha proporcionan un contexto valioso para los desafíos de acceso descritos anteriormente e indican barreras adicionales para los servicios de salud mental y consumo de sustancias. La retroalimentación colectiva de estos participantes se dividió en cinco temas principales.

**Obstáculos estructurales y logísticos.** Los participantes señalaron que varios obstáculos prácticos y financieros dificultaban su acceso a los servicios y su capacidad para mantenerlos. Las barreras clave incluían horarios de servicio restrictivos, largas listas de espera, costos de servicio, limitaciones de seguro, requisitos de servicio complejos y papeleo excesivo. La falta de transporte confiable fue un problema particularmente difícil enfatizado por muchos participantes, especialmente para los residentes en el Condado del Sur que describieron tener que viajar largas distancias para servicios con opciones de transporte limitadas.

*"El horario comercial no coincide con las necesidades de la comunidad (no hay fin de semana o fuera de horario para las familias y sus hijos)".*

**Navegación del sistema.** Los participantes destacaron la dificultad de encontrar y navegar por una red de servicios compleja, descentralizada y a menudo insensible. Algunos participantes informaron que no sabían por dónde empezar y sentían que faltaba información sobre dónde obtener ayuda o qué servicios estaban disponibles para ellos. Este problema se complica aún más por la desigualdad geográfica, ya que se cree que la mayoría de los servicios se concentran en Salinas, lo que deja a las comunidades rurales y desatendidas con una aparente ausencia de instalaciones locales.

**Tabla 2. Barreras para acceder a los servicios de salud mental y consumo de sustancias**

	Todos los encuestados	Miembro de la comunidad	Proveedor	Necesidades de SM y/o TCS	Necesidades de vivienda
Costo de los servicios	58%	64%	50%	69%	69%
Estigma	57%	60%	54%	65%	67%
Cuidado infantil / apoyo a cuidadores	57%	62%	51%	60%	66%
Sin seguro médico	54%	59%	47%	64%	71%
Transportación	54%	58%	48%	62%	62%
Horarios de citas inconvenientes	53%	56%	50%	62%	65%
No seguro de cuándo conseguir ayuda	53%	59%	47%	62%	69%
Disponibilidad de cita	53%	58%	48%	60%	70%
Barreras del idioma	42%	48%	36%	53%	66%
Acceso a la tecnología	40%	46%	34%	50%	60%
Malentendidos culturales	40%	49%	29%	47%	63%

**La fuerza laboral y brechas de cuidado.** Los participantes destacaron la escasez de profesionales de la salud mental, que da lugar a una disponibilidad limitada de citas, largas listas de espera y dificultades para establecer confianza a través de relaciones de trabajo coherentes con un solo proveedor. Los participantes

*"Falta de proveedores, y especialmente de proveedores que acepten nuevos pacientes..."*

también señalaron la falta de empatía y la sensación de no ser creídos por los proveedores como obstáculos clave. Además, los silos de información entre los sistemas de salud fueron señalados como alteraciones en la coordinación y calidad de la atención.

**Inaccesibilidad cultural y lingüística.** Los participantes informaron de la falta de sensibilidad cultural y competencia cultural entre los proveedores de servicios. Esto incluye la falta de servicios de interpretación adecuados y la escasez de terapeutas que reflejen a la comunidad y comprendan las normas culturales. Las necesidades variaron regionalmente, con los participantes de la sesión de escucha del Condado del Sur enfatizando la importancia de los servicios de idiomas indígenas, mientras que los participantes del Condado del Norte se centraron en la necesidad de representación cultural afroamericana.

*"Trabajo con familias indígenas que a menudo tienen dificultades para buscar apoyo de salud mental... Han expresado que el personal a veces parece frustrado cuando solicita servicios de interpretación..."*

**Estigma y Preparación Individual.** Los participantes destacaron los factores que pueden impedir que las personas busquen ayuda, incluso cuando los servicios están físicamente disponibles. Se hizo hincapié en el estigma personal y comunitario generalizado como uno de los principales factores que contribuían a negar la necesidad de ayuda. Otros factores fueron el temor a buscar ayuda debido a posibles consecuencias (como problemas legales o de inmigración), problemas de confidencialidad y la falta de disposición individual para participar en el tratamiento.

*"Estigma - de la familia, o de hacer citas [de terapia] para sí mismo".*

## Servicios de apoyo para la vivienda

Los altos alquileres, los ingresos insuficientes, las largas listas de espera y los altos costos de los servicios públicos surgieron como los principales obstáculos para acceder a los servicios de vivienda en general (76-85%) y en la mayoría de los subgrupos. Estas y otras barreras fueron notablemente mayores entre las personas con seguro Medi-Cal y las que hablaban un idioma distinto del inglés o el español (normalmente indígena) (Tabla 3).

**Tabla 3. Barreras para acceder a los servicios de apoyo a la vivienda**

	Alquiler alto	Alto costo de servicios públicos	Ingresos insuficientes	Sin vivienda compartida	Criterios de vivienda pública	Larga espera
Todos los encuestados	85%	76%	83%	62%	69%	77%
Miembro de la comunidad	88%	81%	88%	65%	74%	81%
Proveedor	85%	84%	87%	74%	79%	82%
Necesidades de SM y/o TCS	88%	78%	85%	56%	67%	78%
Necesidades de vivienda	87%	80%	81%	51%	72%	71%
Medi-Cal	87%	82%	87%	72%	80%	81%
Otro idioma	98%	99%	98%	98%	98%	98%

**Barra de oro:** representa la barrera superior para el subgrupo identificado

Las respuestas abiertas a la encuesta (N=212) y las declaraciones recogidas durante las sesiones de escucha permitieron conocer mejor los problemas que plantea el acceso a los servicios de apoyo a la vivienda. Estos datos se organizaron en los seis temas siguientes:

**Escasez de vivienda.** La grave falta de viviendas asequibles fue un obstáculo que destacaron sistemáticamente los participantes, que lo consideran la raíz de la crisis inmobiliaria. La escasez de inventario y las largas listas de espera

*"La disponibilidad de vivienda en el condado de Monterey y condados vecinos que es asequible no existe..."*

resultantes son particularmente pronunciadas en las zonas rurales y desatendidas, donde se considera que prácticamente no existen opciones de vivienda.

*"...El alto costo de la vivienda en el condado de Monterey es otro problema importante..."*

**Barreras financieras y desigualdad económica.** Muchos participantes observaron que los costos de vivienda a menudo superan los ingresos en el condado de Monterey. Los salarios insuficientes y la inestabilidad en el empleo, a menudo exacerbados por problemas de salud mental y consumo de sustancias, pueden dar lugar a ingresos incoherentes. Los altos costos de mudanza y los requisitos de puntaje de crédito excluyen aún más a los posibles solicitantes.

**Dificultades sistémicas y administrativas.** Los participantes destacaron la complejidad e ineficiencia de los procedimientos como obstáculos importantes para acceder a los servicios de vivienda. Entre los obstáculos específicos observados figuraban las solicitudes complejas y los requisitos de documentación, la limitada disponibilidad de servicios fuera de las zonas urbanas y los procesos de remisión confusos. La falta de servicios de traducción y de personal culturalmente competente, así como la dependencia de la tecnología por parte de los servicios, hacen que el sistema sea aún más inaccesible para algunas poblaciones.

*"...[El] sistema es demasiado complicado. Los requisitos son ridículamente difíciles. Se siente como si trataran de disuadir a la gente de obtener ayuda".*

**Discriminación y estigma.** Los participantes citaron el sesgo y el miedo entre los propietarios y proveedores de vivienda hacia las personas con antecedentes penales, consumo de sustancias o salud mental conocidos como obstáculos principales. Esto fue aún más cierto cuando esta discriminación se cruzó con prejuicios basados en la identidad (por ejemplo, LGBTQ+, minorías raciales). Además, los estrictos requisitos de puntuación crediticia e ingresos se consideraban a menudo instrumentos administrativos utilizados para permitir y validar esas actitudes perjudiciales.

*"...No hay demasiados lugares donde alguien pueda tener un diagnóstico de esquizofrenia".*

**Insuficiencia de servicios y recursos de apoyo.** Los participantes señalaron la falta de apoyo integral y adaptado necesario para mantener la estabilidad de la vivienda. Se señaló específicamente que los servicios integrales (como el tratamiento integrado y la gestión de casos) para las personas con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias no satisfacían las complejas necesidades de esta población.

*"La mayoría de los programas de vivienda son para aquellos con problemas crónicos de salud mental... [Refiriéndose a un programa que solía servir a los clientes del SUD]... esa vivienda no tiene ningún servicio para aquellos que intentan mantenerse sobrios. Esto ha sido una verdadera pérdida para nuestra comunidad, y en particular para las mujeres con hijos".*

**La inestabilidad de la vivienda como doble reto.** Los participantes de la sesión de escucha identificaron la inestabilidad de la vivienda como una causa que desencadena o exagera los desafíos de salud conductual y una consecuencia de esos desafíos. Esta barrera compleja varió regionalmente, con el Condado del Sur centrado en la falta de necesidades básicas de vivienda, mientras que el Condado del Norte hizo hincapié en la limitada disponibilidad de opciones de vivienda de apoyo integradas con los servicios de salud conductual.

Colectivamente, estos resultados muestran una serie de barreras que limitan o impiden el acceso a los servicios en el condado de Monterey. La planificación futura debe considerar estrategias que hagan que los servicios respondan mejor a las necesidades de la comunidad, creando un entorno de servicios donde la

atención sea logísticamente viable, culturalmente afirmativa y capaz de atender múltiples necesidades a la vez.

## Recomendaciones para Servicios de Salud Conductual

Tanto los encuestados como los participantes en la sesión de escucha proporcionaron recomendaciones para mejorar las intervenciones en materia de vivienda, tratamiento y otros servicios y apoyos para quienes experimentan problemas de salud conductual. Estas sugerencias están organizadas para ajustarse a las categorías de financiación de la BHSA, ofreciendo ideas potenciales para la programación futura.

### Intervenciones de vivienda

Se pidió a los encuestados que calificaran las estrategias que creían que ayudarían a las personas que viven con problemas de consumo de sustancias y/o salud mental a encontrar una vivienda consistente. Hubo un fuerte consenso en torno a la expansión de los servicios de vivienda de apoyo para las personas con problemas de salud conductual en general y en la mayoría de los subgrupos. Sin embargo, se identificaron algunas diferencias distintas por tipo de seguro. Los asegurados por Medicare (n=34) valoraron el desarrollo de proyectos de vivienda, mientras que las personas no aseguradas (n=16) prefirieron programas enfocados en la asistencia para el alquiler (tabla 4).

**Tabla 4. Estrategias de apoyo a la vivienda para personas con problemas de consumo de sustancias y/o salud mental**

	Desarrollar proyectos de vivienda.	Ampliar las viviendas de apoyo	Presupuesto/ planificación financiera	Asistencia de alquiler
Todo	73%	81%	64%	72%
Miembro de la comunidad	78%	85%	72%	80%
Proveedor	94%	91%	75%	82%
Necesidades de SM y/o TCS	68%	82%	56%	67%
Necesidades de vivienda	64%	75%	57%	69%
Familia de persona con necesidades	64%	81%	51%	69%
Discapacidad o afección de salud crónica	67%	78%	55%	69%
Sobreviviente de violencia doméstica y/o agresión sexual	60%	76%	75%	75%
LGBTQ+	79%	83%	65%	73%
Jóvenes (0 a 25)	73%	84%	48%	73%
Adultos (26 a 59)	74%	82%	66%	72%
Adulto mayor (60+)	73%	80%	62%	73%
Medicare	71%	67%	52%	50%
MediCal	82%	84%	70%	80%
Seguro Privado	71%	86%	59%	72%
Sin seguro	68%	73%	50%	73%
Prefiero no responder	48%	71%	71%	58%
Inglés	68%	78%	47%	73%
Español	73%	73%	59%	57%
Inglés y español	68%	78%	64%	64%
Otro idioma	88%	97%	84%	89%
Prefiero no responder	43%	71%	86%	71%

La **barra de oro** representa la estrategia principal de apoyo a la vivienda para el subgrupo identificado

Otras recomendaciones de apoyo a la vivienda relacionadas con la prestación de servicios, la financiación, las políticas y la atención individual se recogieron en los cuatro temas siguientes.

**Suministro de Vivienda y Soluciones Financieras.** Los participantes pidieron que se aumentara la oferta de viviendas físicas y se proporcionara asistencia financiera directa. Se propusieron estrategias como la inversión en vivienda pública, la aplicación del control de alquileres y la limitación de los alquileres vacacionales para abordar la cuestión clave de la insuficiencia de vivienda asequible. Los participantes recomendaron vales de vivienda y programas de ayuda al alquiler como apoyo financiero. Además, también se sugirió la construcción de viviendas especializadas, de transición y sensibles al trauma, estratégicamente situadas cerca de los servicios esenciales.

*“Tiene que haber una manera de imponer el control de alquiler a más propiedades o grupos de administración de propiedades porque no importa cuánto aumentes los servicios y disminuyas el juicio no hay nada que se pueda hacer si no hay unidades disponibles y asequibles”.*

**Cambio sistémico y a nivel normativo.** Varias recomendaciones hicieron hincapié en la necesidad de involucrar a la comunidad en general, el gobierno local y los defensores de la lucha contra la discriminación para lograr los cambios jurídicos y normativos necesarios. Los participantes destacaron la importancia de la rendición de cuentas sistémica para garantizar prácticas y políticas de vivienda justas, en lugar de centrarse únicamente en intervenciones para organismos o clientes individuales.

*“Esta es una responsabilidad de la COMUNIDAD... Este problema persistirá hasta que se convierta en una responsabilidad compartida. Necesitamos involucrar a alcaldes locales, funcionarios municipales, representantes de distritos de condado...”*

### **Apoyo a largo plazo y desarrollo de**

**habilidades.** Los participantes destacaron la importancia de un apoyo sostenido después de la colocación inicial de la vivienda para garantizar la estabilidad. En las recomendaciones se hacía hincapié en la prestación de apoyo personalizado durante períodos prolongados. Esto incluye ofrecer oportunidades esenciales de desarrollo de habilidades (como conocimientos financieros

básicos y capacitación laboral), proporcionar servicios de apoyo a la familia y utilizar navegadores de vivienda a largo plazo para ayudar a las personas a administrar su arrendamiento y sus recursos con éxito.

*“Debería haber un apoyo continuo y práctico para ayudar a las personas con problemas de salud mental o consumo de sustancias a asegurar y mantener la vivienda... Los gestores de casos o mentores podrían guiarlos paso a paso, al tiempo que fomentan la participación en talleres o programas manejables que fomenten la responsabilidad, la consistencia y la independencia...”*

## **Servicios y apoyos de salud conductual**

---

Los asistentes a la sesión de escucha ofrecieron estrategias para fortalecer la infraestructura y el continuo completo de servicios de salud conductual en la comunidad. Las sugerencias se alinean con los objetivos del componente de servicios y apoyo de salud conductual de BHSA y se resumen en los cuatro temas siguientes.

*“Trabajadores de la salud comunitaria – fueron increíbles durante COVID. Esto fue más efectivo durante 2 años que la década anterior para conectar a las personas [a] los servicios”.*

**Apoyo comunitario.** Los participantes recomendaron aprovechar los modelos impulsados por la comunidad y de apoyo entre pares para la prestación de servicios, incluida la navegación por el sistema. También destacaron la necesidad de asociarse con organizaciones comunitarias locales como recursos establecidos y de confianza.

**Servicios de Crisis y Prevención.** Los participantes subrayaron la importancia de servicios como los Equipos Móviles de Respuesta a Crisis, que permiten la intervención antes de que las situaciones se intensifiquen hasta el punto de que se requiera la participación de las fuerzas del orden. Creían que un mayor número de servicios de prevención y crisis daría lugar a un apoyo más seguro y apropiado para las personas que experimentan problemas de salud mental.

*"Necesitamos ayuda para las personas que tienen problemas [de salud mental] antes de que se pongan violentas, para que [las fuerzas del orden] no tengan que involucrarse".*

**Servicios enfocados en la juventud y la familia.** Los participantes recomendaron servicios integrales de prevención e intervención temprana para los jóvenes, tanto en las escuelas como en la comunidad. También se sugirieron programas de apoyo adaptados a las necesidades de las familias. Muchos destacaron la importancia de incluir componentes culturales en esos esfuerzos.

*"Programas para jóvenes que abordan el consumo de sustancias y el alcohol."*

*"...El transporte ayudaría a hacer los servicios más accesibles."*

**Soluciones de transporte.** Los participantes pidieron asistencia directa para el transporte, como boletos de autobús o programas de transporte, para aumentar la accesibilidad al servicio.

**Responsividad cultural y accesibilidad al lenguaje.** Los encuestados y los asistentes a la sesión de escucha recomendaron alinear la fuerza laboral de salud conductual y el modelo de prestación de servicios con la diversa composición cultural del condado a través de los siguientes subtemas:

**Representación Laboral.** Una prioridad para los participantes fue la contratación de proveedores de atención que reflejen los antecedentes de los clientes a los que atienden. Los participantes destacaron la importancia de la representación cultural para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz.

*"Los hombres afroamericanos que sufren problemas de salud mental necesitan ser atendidos por personas que se parezcan a ellos".*

**Apoyo lingüístico.** Muchos participantes señalaron el retraso en la atención causado por las barreras lingüísticas. Se recomendó frecuentemente la contratación de personal y proveedores bilingües de habla hispana, así como el aumento de los servicios de traducción e interpretación de idiomas indígenas, especialmente en el condado del Sur.

*"Es importante tener personal que hable triqui y mixteco, ya que muchos residentes en Greenfield pertenecen a esas comunidades".*

**Competencia cultural.** Los participantes destacaron la importancia de mejorar la capacidad del personal para comprender e interactuar con personas de diversos orígenes culturales en todo el proceso de atención, asegurando una atención eficaz y pertinente para todos los miembros de la comunidad.

*"Servicios culturalmente sensibles: Asegurar que los programas de vivienda integren al personal bilingüe y enfoques basados en la cultura..."*

## Servicios de asociación de servicios completos

Los asistentes a la sesión de escucha también hicieron hincapié en la importancia de una atención integrada y de fácil acceso que pueda satisfacer necesidades complejas, haciéndose eco de los objetivos del componente

de Servicios de Asociación de Servicios Completos de BHSa. Sus recomendaciones se centraron en el siguiente tema.

*“Si bien el modelo Housing First puede parecer una solución equitativa, sin abordar las preocupaciones / problemas de MH y SUD de la persona, poder mantener una situación de vivienda estable y sostenible ha demostrado ser inalcanzable...”*

**Casa con cuidado envolvente.** Los participantes recomendaron ubicar conjuntamente los servicios integrales de salud conductual con la vivienda. Destacaron la importancia de abordar simultáneamente la salud mental, el consumo de sustancias y la vivienda, ya que la vivienda por sí sola es insostenible si no se resuelven los problemas

subyacentes de salud conductual. Los servicios integrados sugeridos incluyeron tratamiento de salud conductual, manejo de casos y desarrollo de la fuerza laboral para abordar múltiples necesidades críticas a la vez.

## Demografía de los participantes

Se recopiló las características de los participantes en el CPPP para asegurar que los conocimientos adquiridos a través de la Encuesta de Salud Comunitaria y las Sesiones de Escucha reflejaran las distintas poblaciones que residen en el Condado de Monterey. Un total de 535 participantes proporcionaron información demográfica.

**Edad** La edad media de los participantes en la encuesta fue de 40 años, con un intervalo de 14 a 87 años (véase el tabla 5).

Tabla 5. Edad de los participantes en la encuesta	
Categoría de edad (n = 480)	Porcentaje
0 a 25 años	19%
26 a 59 años	68%
Más de 60 años	13%
Prefiero no contestar	0%

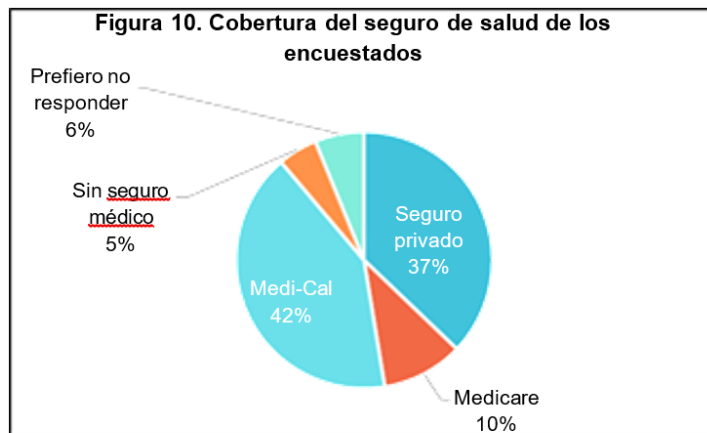
Tabla 6. Etnicidad y raza de los participantes en la encuesta*	
Etnicidad y raza (n= 454-540)	Porcentaje
Indio americano o nativo de Alaska	1%
Asiático	4%
Negro o afroamericano	6%
Hispano o latino	83%
Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	2%
No hispano o latino	13%
Blanco	21%
Otra raza <sup>o</sup>	1%
Prefiere no responder – Etnicidad	4%
Prefiere no responder – Raza	5%

\*Los participantes de la encuesta podían seleccionar más de una raza. Los porcentajes superan el 100%

<sup>o</sup> Otra raza incluía Birracial.

**Etnicidad y raza.** Más de tres cuartas partes de los participantes de la encuesta se identificaron como hispanos o latinos (83%).

**Seguro de enfermedad.** La mayoría de los participantes en la encuesta informaron que tenían seguro Medi-Cal (42%; ver Figura 10).



N= 515 Respuestas a la encuesta

**Tabla 7. Identidad de género de los participantes en la encuesta\***

Identidad de género (n=530)	Porcentaje
Genderqueer	1%
Prefiero autodescribirme <sup>◊</sup>	<1%
Hombre	23%
Cuestionamiento/inseguridad de la identidad de género	0%
Transgénero	<1%
Mujer	75%
Prefiero no contestar	2%

\*Los porcentajes superan el 100% debido al redondeo.

◊ Las respuestas a 'prefiero autodescribirme' incluyeron no binario.

**Identidad de género.** Tres cuartas partes de los participantes en la encuesta eran mujeres (Tabla 7).

**Tabla 8. Orientación sexual de los participantes en la encuesta\***

Orientación sexual (n=502)	Porcentaje
Bisexual	6%
Gay o lesbiana	2%
Heterosexual o Straight	65%
Prefiero autodescribirme <sup>◊</sup>	<1%
Queer	2%
Cuestionamiento/inseguridad de la orientación sexual	0%
Prefiero no contestar	27%

\*Los porcentajes superan el 100% debido al redondeo.

◊ Las respuestas a 'prefiero autodescribirme' incluyeron no binario.

**Orientación Sexual\*** Aproximadamente dos tercios de los participantes en la encuesta (65%) se identificaron como heterosexuales o heterosexuales (Tabla 8).

**Idioma principal hablado.** Se preguntó a los participantes en la encuesta sobre el idioma que hablaban principalmente en casa para comprender mejor el idioma que utilizaban con más frecuencia en su comunicación. Casi la mitad indicó que el español era el idioma principal utilizado en el hogar (Tabla 9).

Tabla 9. Idioma principal de los participantes en la encuesta	
Idioma principal (n=535)	Porcentaje
Inglés y español	14%
Inglés	40%
Español	20%
Otro idioma <sup>o</sup>	24%
Prefiero no contestar	1%

<sup>o</sup> Otro idioma fue el triqui, igbo, árabe, mixteco, chatino y multilingüe.

**Identidades personales.** Para garantizar que las perspectivas compartidas a través de la Encuesta de Salud Comunitaria fueran diversas e inclusivas, se pidió a los participantes en la encuesta que compartieran cualquier identidad personal adicional que tuvieran. Casi la mitad de los participantes (43%) se identificaron como individuos con problemas mentales que afectan su vida diaria (Figura 11).

**Figura 11. Identidades personales de los participantes**



\*N=442 respuestas a la encuesta. Los participantes podían seleccionar más de una identidad. Los porcentajes pueden superar el 100%. Otras identidades incluyeron trabajadores sociales, trabajadores comunitarios y profesionales de la salud conductual. Los participantes informaron de las siguientes discapacidades y afecciones crónicas, entre otras: Ansiedad, osteoporosis, depresión no diagnosticada, cirrosis y discapacidad de aprendizaje.

## Resumen

Los participantes del Proceso de Planificación de Programas Comunitarios (CPPP) compartieron valiosas ideas sobre temas de salud conductual, brechas de servicios y barreras para la atención en el condado de Monterey (vea la tabla a continuación). Los hallazgos indican que las percepciones del sistema de atención varían dependiendo de los roles y experiencias de los individuos. Los miembros de la comunidad, aquellos

que pueden necesitar servicios, a menudo ven los servicios de manera diferente a los proveedores que brindan o coordinan la atención. Los análisis de subgrupos revelaron mayor variación dentro de la comunidad. Las personas con necesidades de vivienda, diagnósticos de salud conductual (salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias) y aquellos que hablan principalmente idiomas indígenas informaron sistemáticamente puntos de vista distintos sobre preocupaciones y servicios de salud conductual. Estos diversos puntos de vista ponen de relieve la importancia de una programación culturalmente informada y adaptada.

<b>Resumen de las principales conclusiones</b>	
<b>Principales problemas de salud conductual</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Trastorno por consumo de alcohol</li> <li>• Trauma</li> </ul>	
<b>Disponibilidad de servicio percibida</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios insuficientes de salud mental y consumo de sustancias</li> <li>• Servicios de apoyo a la vivienda no disponibles para personas con problemas de salud mental o consumo de sustancias</li> </ul>	
<b>Preferencias de comunicación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes sociales</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>	
<b>Accesibilidad de servicio percibida</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja percepción de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios accesibles de salud mental y consumo de sustancias (~40%)</li> <li>○ Apoyo a la vivienda para las personas que experimentan estos desafíos (~21%)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Obstáculos a los servicios</b>	
<b><i>Servicios de salud mental y consumo de sustancias</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo de los servicios</li> <li>• Falta de cuidado de niños/apoyo a los cuidadores</li> <li>• Estigma</li> <li>• Obstáculos estructurales y logísticos (por ejemplo, horarios restrictivos, costo, largas esperas y falta de transporte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navegar por una red de servicios compleja y descentralizada</li> <li>• Escasez de proveedores</li> <li>• Atención inconsistente</li> <li>• Preparación individual</li> <li>• Inaccesibilidad cultural y lingüística</li> </ul>
<b><i>Servicios de apoyo para la vivienda</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto alquiler</li> <li>• Ingresos insuficientes</li> <li>• Largas listas de espera</li> <li>• Altos costos de servicios públicos</li> <li>• Relación cíclica entre inestabilidad de la vivienda y problemas de salud conductual</li> <li>• Falta de servicios integrados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores económicos (por ejemplo, altos costos, bajos ingresos, necesidades de vivienda)</li> <li>• Falta de vivienda asequible</li> <li>• Discriminación y estigma</li> <li>• Problemas administrativos (por ejemplo, solicitudes complejas, procesos de remisión deficientes)</li> </ul>

Los participantes del CPPP también ofrecieron recomendaciones para mejorar los servicios y el apoyo de salud conductual, proporcionando ideas para la programación futura de la BHSA.

Componente BHSA	Recomendaciones
<b><i>Vivienda</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el inventario de viviendas asequibles del Condado</li> <li>• Ampliar los servicios de apoyo a la vivienda para personas con problemas de salud mental</li> <li>• Ofrecer y fortalecer programas de asistencia financiera</li> <li>• Mejorar y agilizar las políticas de vivienda</li> <li>• Ofrecer apoyo a largo plazo y oportunidades para el desarrollo de habilidades</li> </ul>
<b><i>Servicios y apoyos de salud conductual</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar los servicios comunitarios y los modelos de apoyo entre pares</li> <li>• Ampliar los servicios de atención en situaciones de crisis y de prevención</li> <li>• Ampliar la oferta y la variedad de servicios para los jóvenes y las familias</li> <li>• Contratar y retener a proveedores de atención que reflejen los antecedentes culturales y lingüísticos de las comunidades atendidas</li> <li>• Aumentar los servicios de traducción e interpretación, con prioridad en las lenguas indígenas</li> <li>• Mejorar la competencia cultural del personal y los proveedores</li> </ul>
<b><i>Asociación de Servicio Completo</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar la atención de la salud conductual con los servicios de vivienda</li> <li>• Proporcionar ayuda directa para el transporte</li> </ul>

Este Informe sobre el Proceso de Planificación Comunitaria fue creado por EVALCORP en colaboración con Monterey County Behavioral Health.

