

División de Servicios de Salud
Mental, Discapacidades de
Desarrollo y Uso de Sustancias de
Carolina del Norte

Plan Estratégico 2024–2029

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de Carolina del Norte

Septiembre del 2024

Carta de la directora

A nuestros socios:

Todo el mundo merece una vida sana, feliz y productiva, y un buen sistema puede marcar la diferencia. Esto es especialmente cierto en el caso del sistema público de apoyo a la salud mental (MH), el uso de sustancias (SU), las discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y las lesiones cerebrales traumáticas (TBI).

Me complace presentarles el Plan Estratégico 2024–2029 de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Uso de Sustancias (DMH/DD/SUS).



Este plan describe nuestra misión de crear sistemas, servicios y apoyos que mejoren el bienestar de todos los habitantes de Carolina del Norte, con especial atención a las afecciones de salud mental, uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas, y refleja nuestra visión de comunidades sin estigmas en las que todos reciben apoyo para llevar una vida más sana y feliz. El plan incluye todas las nuevas inversiones en salud conductual, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas, además de otras intervenciones prioritarias fundamentales para mejorar el acceso, la calidad y los resultados. Es el plan para nuestra transformación continua.

La colaboración con la comunidad ha sido fundamental para desarrollar nuestro plan y nuestras inversiones en el campo de la salud conductual. Estas alianzas colaborativas son una extensión de nuestros principios rectores: valoramos la experiencia vivida escuchando y defendiendo a las personas y a sus familias, reconociendo la experiencia de pares, promoviendo los apoyos naturales y comunitarios y creando oportunidades para una colaboración significativa; promovemos servicios de alta calidad basados en evidencia, para lo cual aprovechamos la experiencia de nuestros socios del sector clínico; reconocemos la realidad del trauma y defendemos una cultura de amabilidad, comprensión y respeto hacia todas las personas; nos aseguramos de que nuestras políticas se adecuen a las situaciones particulares de las personas, y nos comprometemos a mejorar los servicios para apoyar el bienestar de todos los habitantes de Carolina del Norte, especialmente de aquellos que han sido marginados.

Algunos planes estratégicos están llenos de lenguaje florido y dicen poco. Otros son una lista indiscriminada que pretende hacerlo todo. En mi experiencia, esos planes se quedan en el estante y nadie los toca ni los utiliza. Este plan no es eso. Por el contrario, es una promesa que les hacemos a ustedes. Es directo y directivo, e impulsa el cambio positivo en las áreas en que la DMH/DD/SUS tiene los conocimientos y el poder para hacerlo, centrándose especialmente en las áreas de continuidad de cuidados, para las que la gente de Carolina del Norte nos ha encomendado llevar a cabo una labor significativa. Nos comprometemos a ofrecer cuidados integrales, en el momento y el lugar en que se necesitan, con un planteamiento basado en datos y en los aportes de la comunidad.

Estoy orgullosa de este plan y espero que ustedes, como socios de la comunidad, también lo estén. Este plan representa mi compromiso de liderar un cambio positivo para todos ustedes.

Cordialmente,



Kelly Crosbie, MSW, LCSW

Directora de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Uso de Sustancias

Índice

Resumen ejecutivo.....	4
Contexto en Carolina del Norte	6
Nuestra misión, visión y principios	10
Nuestro compromiso de servir a cualquier habitante de Carolina del Norte.....	12
Nuestras prioridades.....	13
Qué conseguiremos	16
Prioridad 1: Aumentar el acceso a los cuidados en todo el estado.....	17
Prioridad 2: Mejorar el acceso a servicios de calidad para las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI)	22
Prioridad 3: Prevenir el uso de sustancias y las sobredosis.....	25
Prioridad 4: Desarrollar la fuerza laboral.....	28
Prioridad 5: Reforzar el sistema de abordaje de crisis.....	32
Prioridad 6: Ampliar los servicios para las personas en el sistema judicial.....	36
Prioridad 7: Ampliar los servicios comunitarios y de recuperación	41
Medición del progreso.....	44
Lista de siglas	47
Participación de los socios	50
Comentarios del público.....	51
Bibliografía	52

Resumen ejecutivo

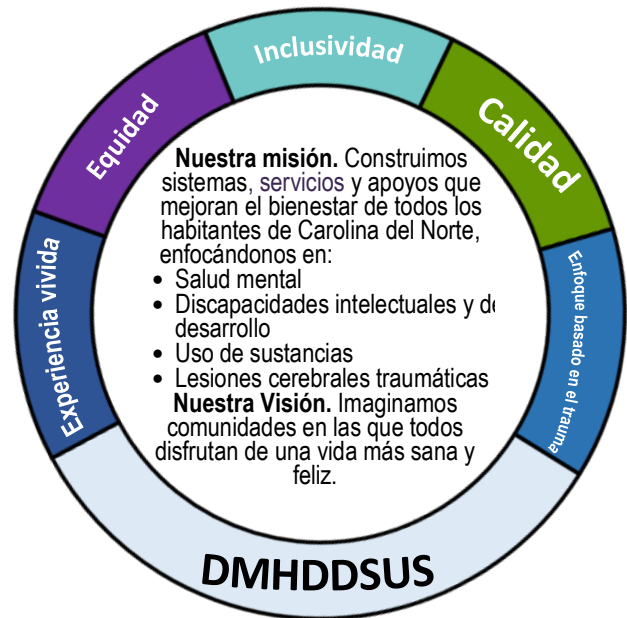
El Plan Estratégico 2024-2029 de la División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Uso de Sustancias de Carolina del Norte (DMH/DD/SUS, por sus siglas en inglés o la División) se centra en los problemas más urgentes que enfrentan los habitantes de Carolina del Norte. También aclara el papel de la División en cuanto al servicio que le ofrece a los habitantes de Carolina del Norte en coordinación con las divisiones hermanas bajo el paraguas mayor del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS, por sus siglas en inglés).

Elaboramos este plan con nuestros socios. En agosto del 2023 la DMH/DD/SUS inició las conversaciones para identificar las prioridades y metas iniciales para dirigir el trabajo. A través de talleres y reuniones periódicas con nuestros socios —incluidos el Comité Consultivo Estatal de Consumidores y Familias (S-CFAC, por sus siglas en inglés), el liderazgo clínico de las Entidades Locales de Administración / Organizaciones de Asistencia Administrada (LME/MCO, por sus siglas en inglés) y los proveedores clínicos— la División desarrolló un borrador del Plan Estratégico que se publicó para comentarios públicos en junio del 2024. A través del proceso de comentarios públicos, la División recibió más de 130 respuestas de parte de los socios, los cuales se analizaron e incorporaron para finalizar el plan estratégico. Por ejemplo, se añadió una nueva prioridad estratégica en respuesta a los comentarios del público.

Este plan llega en un momento oportuno. Después de más de cuatro años de pandemia son más importantes que nunca los cuidados en materia de salud mental, los servicios para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) y los apoyos comunitarios para las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD, por sus siglas en inglés) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI, por sus siglas en inglés).

Los estados de todo el país siguen afrontando el aumento de las tasas de sobredosis y suicidios, las listas de espera para recibir servicios y la escasez de proveedores. En Carolina del Norte, el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte entre las personas de 10 a 65 años, y la tasa de muertes por sobredosis en el 2022 es seis veces más alta que la del 2000.^{1,2} Para noviembre del 2023, más de 17,000 personas estaban en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte)ⁱⁱ —una de las listas de espera más grandes del país— y cuatro de cada diez habitantes de Carolina del Norte vivían en una zona con escasez de profesionales de salud mental.^{3,4,5} El Plan Estratégico de la DMH/DD/SUS es un compromiso con todos nuestros socios y miembros de la comunidad de que asumiremos estos desafíos, continuaremos mejorando el sistema público, y seremos líderes y defensores de todos los habitantes de Carolina del Norte.

La DMH/DD/SUS está comprometida con las necesidades de cualquier habitante de Carolina del Norte que busque el bienestar mental o viva con un problema de salud mental, SUD, lesiones cerebrales traumáticas (TBI) o discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD). Para cumplir su misión de servir a todos los habitantes de Carolina del Norte y nuestra visión de construir comunidades más sanas y felices, la División centrará su trabajo en siete prioridades.



ⁱ La NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) es una exención 1915(c) de Medicaid para servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) aprobada por el Gobierno Federal y diseñada para satisfacer las necesidades de las personas con I/DD que prefieren recibir servicios y cuidados a largo plazo en su hogar o comunidad, en lugar de un entorno institucional.

Prioridades estratégicas de la DMH/DD/SUS (2024-2029)



Estas prioridades y los objetivos y parámetros de medición que las sustentan se describen detalladamente en este documento. En los próximos cinco años, la DMH/DD/SUS se propone:

- **Aumentar el acceso a los cuidados en todo el estado:** haremos que sea más fácil para las personas acceder y mantenerse en los servicios para promover el bienestar, prevenir el suicidio, ayudar contra los problemas de apuestas y llevar una vida autodirigida.
- **Mejorar el acceso a los servicios de calidad para las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI):** aumentaremos el acceso a los servicios para que más personas con I/DD y TBI puedan llevar la vida que desean en su comunidad.
- **Prevenir el uso de sustancias y las sobredosis:** usaremos la prevención primaria y técnicas de reducción de efectos nocivos, y aumentaremos el acceso oportuno a los servicios para prevenir el uso de sustancias y las sobredosis.
- **Desarrollar la fuerza laboral:** animaremos a todas las personas que prestan o apoyan la prestación de cuidados a que ofrezcan servicios de calidad basados en evidencia, y los ayudaremos a tener una idea clara de su función y una vía para el crecimiento profesional.
- **Reforzar el sistema de abordaje de crisis:** pondremos en práctica nuestra visión de “Crisis to Care” para satisfacer las necesidades de las personas en situaciones de crisis en todo el estado, para lo cual garantizaremos que todos los habitantes de Carolina del Norte tengan a quien contactar, a alguien que responda y un lugar seguro para recibir ayuda.
- **Ampliar los servicios para los habitantes en el sistema judicial:** la División creará alternativas al encarcelamiento, ampliará el acceso a los tratamientos de salud conductual y desarrollará apoyos para apartar y desviar a más personas fuera del sistema de justicia, así como para mantener la estabilidad en el momento de la reinserción a la comunidad.
- **Ampliar los servicios comunitarios y de recuperación:** reforzaremos la continuidad de los cuidados a niños y adultos con problemas graves y complejos de salud mental y de uso de sustancias, incluidas las discapacidades intelectuales/del desarrollo y las lesiones cerebrales traumáticas concurrentes.

Contexto en Carolina del Norte

La DMH/DD/SUS supervisa y regula el sistema público de Carolina del Norte que les ofrece prevención, tratamiento, servicios y apoyo a las personas con necesidades de salud mental, trastorno por uso de sustancias (SUD), discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI). La División aprovecha la financiación ordinaria del estado para desempeñar esta función y, en su trabajo cotidiano, desarrolla y mejora programas, ofrece capacitación y asistencia técnica, y garantiza el acceso a los servicios críticos de salud mental, SUD, I/DD y TBI para sus socios comunitarios. Para financiar y ofrecer los servicios, la División colabora estrechamente con la División de Beneficios de Salud (DHB, por sus siglas en inglés) —que supervisa el Medicaid de Carolina del Norte— y con las Entidades Locales de Administración / Organizaciones de Asistencia Administrada (LME/MCO) que administran el sistema de prestación de servicios a través del estado.

La financiación también procede de fuentes federales, incluidas dos subvenciones federales colectivas: la Subvención colectiva para servicios de prevención, tratamiento y recuperación de los trastornos por uso de sustancias (SUPTRS BG, por sus siglas en inglés) y la Subvención colectiva para la salud mental de la comunidad (MH BG, por sus siglas en inglés). Estas subvenciones colectivas proceden de la Administración de Servicios de Salud Mental y Uso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y le permiten a la División liderar el cambio de políticas en materia de salud mental y uso de sustancias a través de la educación, la promoción de políticas y los programas piloto. La División también ha recibido subvenciones de parte de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) para seguir construyendo un sistema de salud integral de apoyo a las personas con lesiones cerebrales traumáticas.⁶

En el ejercicio fiscal estatal 2023 la División recibió asignaciones específicas durante el proceso presupuestario anual. Estas asignaciones forman parte de la inversión histórica de la Asamblea General de Carolina del Norte de \$835 millones en salud conductual, que incluye salud mental, consumo de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas. Este plan estratégico incorpora la parte de la financiación asignada a la DMH/DD/SUS, y la División está haciendo un importante esfuerzo para garantizar que estos fondos se gasten de manera significativa y efectiva. Los fondos del proceso presupuestario apoyarán los esfuerzos en áreas como el sistema de crisis de salud conductual, el personal dedicado a la salud conductual, la salud conductual infantil y los servicios y apoyos para las personas implicadas en procesos judiciales. El presupuesto estatal también asignó \$5 millones para apoyar los esfuerzos de planificación de la División con los consumidores para la expansión a nivel estatal de la exención por lesiones cerebrales traumáticas (*TBI Waiver*) e incluyó \$10 millones para apoyar el empleo integrado competitivo (CIE, por sus siglas en inglés).

La División se está basando en los principales éxitos cosechados en los últimos años con sus socios, incluso durante la elaboración de este plan, entre los que se incluyen:

2022	<p>La División concedió \$6.8 millones a proveedores comunitarios de salud mental para apoyar programas destinados a personas con enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) implicadas en el sistema de justicia penal. Entre ellos se incluyen las colaboraciones entre la policía y los profesionales de salud mental para programas de desvío (programas comunitarios de desvío temprano del sistema judicial) y el tratamiento desde la cárcel para personas con enfermedades mentales graves.⁷</p> <ul style="list-style-type: none">• La División concedió \$16 millones en subvenciones a 20 centros de atención médica, clínicas de tratamiento y proveedores comunitarios para apoyar los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés), así como para ayudas con el empleo, la vivienda y el transporte.⁸• En julio del 2022 se puso en marcha en todo el país la Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis, que facilita que las personas en situaciones de crisis se comuniquen con terapeutas capacitados en la gestión de crisis, y que accedan a servicios. En diciembre del 2023 el NCDHHS puso en marcha un panel de control de rendimiento del 988 para hacer seguimiento del volumen de llamadas, la velocidad de respuesta, etc.⁹• El Departamento y el Centro de Detención del Condado de Mecklenburg implementaron el primer programa piloto de restablecimiento de la capacidad jurídica, "NC Rise", del NCDHHS. El programa atiende a acusados con enfermedades mentales que el tribunal ha determinado que son incapaces de proceder a juicio.¹⁰
2023	<ul style="list-style-type: none">• En enero del 2023 la División concedió más de \$3.2 millones a nueve universidades de Carolina del Norte para financiar Programas de Recuperación para Estudiantes Universitarios (CRP, por sus siglas en inglés) con el fin de ofrecer a los estudiantes universitarios apoyos para su recuperación y espacios para vivir, trabajar y estudiar sin drogas ni alcohol.¹¹• En enero del 2023 la División lanzó su nueva herramienta para determinar la disponibilidad de servicios de salud conductual en el estado, el Navegador central de disponibilidad de servicios estatales de salud conductual (BH SCAN, por sus siglas en inglés), con 99 hospitales y proveedores de servicios comunitarios para situaciones de crisis, el cual permite a los proveedores encontrar fácilmente camas disponibles de atención de salud conductual para pacientes que necesitan ser hospitalizados, así como enviar y recibir remisiones para sus pacientes.^{12, 13}• La División recibió una subvención federal en marzo del 2023 para comenzar a planificar el lanzamiento de clínicas comunitarias de salud mental certificadas (CCBHC, por sus siglas en inglés) adicionales, que llevarán los cuidados integrados a más habitantes de Carolina del Norte en los próximos años. Esta subvención se suma a la inversión existente de la División en los cuidados integrados para la salud física y conductual (la División financió cinco CCBHC en el 2022).¹⁴

2024

- En julio del 2023 Carolina del Norte recibió la aprobación para una enmienda 1915(i) al plan estatal (SPA, por sus siglas en inglés), lo que permitirá que más personas reciban servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), como para la vida y apoyo en comunidad, cuidados de relevo y empleo con apoyo.¹⁵
- En septiembre del 2023 el Departamento puso en marcha “Inclusion Works”, un esfuerzo entre múltiples divisiones para ayudar a cualquier persona con discapacidades intelectuales/del desarrollo a acceder a empleos integrados competitivos.¹⁶
- El Programa de Alianza de Defensores de Personas con Discapacidades de Carolina del Norte recibió financiamiento adicional para prestar servicios y ayudas individualizadas para la reinserción de personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas que acaban de salir de prisión.¹⁷
- El gobernador Roy Cooper y la Asamblea General aprobaron una cifra histórica de \$835 millones para que el NCDHHS invirtiera en salud conductual y resiliencia.^{18, 19}
- La expansión de Medicaid comenzó en Carolina del Norte en diciembre del 2023 con el aumento del acceso a los servicios de salud conductual para los habitantes de Carolina del Norte que recién cumplieran los requisitos, y con la posibilidad de que más personas reciban servicios financiados por el estado a medida que otras pasen a recibirlos a través de Medicaid. Más allá de la expansión de Medicaid, Carolina del Norte aumentó las tasas de reembolso de Medicaid para la mayoría de los servicios de salud mental, de uso de sustancias, para discapacidades intelectuales y del desarrollo (I/DD), y lesiones cerebrales traumáticas (TBI) por primera vez en una década.²⁰
- Las inversiones presupuestarias del estado en el acceso a la salud conductual incluyeron inversiones para apoyar los centros de respuesta a crisis (Centros de Cuidados Urgentes de Salud Conductual [BHUC, por sus siglas en inglés] e instituciones para situaciones de crisis [FBC, por sus siglas en inglés]) y programas para personas implicadas en procesos judiciales como el Programa de Transición para Personas Anteriormente Encarceladas (FIT, por sus siglas en inglés).²¹
- En febrero del 2024 el estado también puso en marcha una línea telefónica estatal de ayuda entre pares (Peer Warmline), que funciona en combinación con la Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis, y ofrece la opción de hablar con un especialista en apoyo entre pares.²² La línea está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.
- El Departamento invirtió \$38.5 millones en el sistema de abordaje de crisis de Carolina del Norte para ampliar la capacidad de los BHUC en un 50 % y de los centros de crisis comunitarios en un 20 %, y comenzar a poner a prueba los servicios móviles de respuesta a crisis traumáticas y de respuesta conjunta a las crisis.^{23, 24, 25}
- El Departamento invirtió \$5.5 millones en el Programa “FIT Wellness”, que forma parte del Programa FIT de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte,

para mejorar los servicios de reinserción comunitaria de la población implicada en procesos judiciales.²⁶

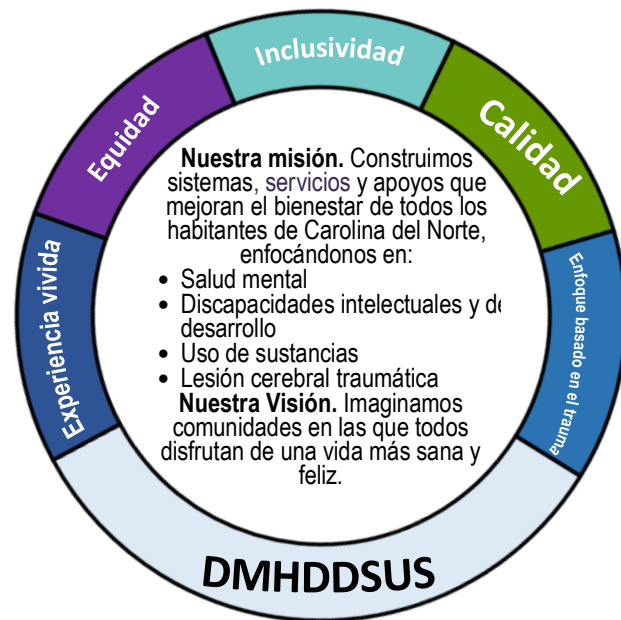
- En los cinco años transcurridos desde el 2019, el Departamento ha invertido \$26 millones para fortalecer los servicios y apoyos para las personas implicadas en procesos judiciales, incluido el restablecimiento de la capacidad jurídica, la desviación del sistema antes y después del arresto, el tratamiento desde la cárcel, los programas comunitarios para el reingreso, las asociaciones de salud conductual de justicia juvenil y el Programa de Enfermedades Mentales Graves del Departamento de Correccionales para Adultos. Más de 10,000 personas han sido atendidas a través del programa de reinserción antes y después del arresto, y más de 11,000 han sido atendidas por el programa de reinserción.
- En marzo del 2024 el Departamento anunció la iniciativa entre múltiples divisiones “Inclusion Connects” para conectar a las personas con discapacidades intelectuales y a sus familias con servicios comunitarios para apoyar su salud y bienestar.²⁷ Además, el Departamento publicó el Plan Olmstead 2024-25 para mejorar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidades, y puso en marcha su plan integral de varios años de la fuerza laboral para abordar la grave escasez de profesionales de apoyo directo (DSP, por sus siglas en inglés) que ofrecen servicios de apoyo en el hogar a personas con discapacidades intelectuales.^{28, 29} El estado puso en marcha los planes “Tailored Plans” (Planes personalizados), que ofrecen cobertura especializada a los miembros de Medicaid de Carolina del Norte con problemas graves de salud mental o de uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas.³⁰
- El Departamento anunció subvenciones por un valor de \$4.5 millones para iniciativas comunitarias destinadas a ampliar los servicios de apoyo entre pares y reforzar los servicios de apoyo para los familiares y cuidadores. Los especialistas certificados de apoyo entre pares, que prestan servicios con enfoques basados en el trauma y respaldados por sus experiencias vividas, ayudan a crear alternativas comunitarias a los servicios de emergencias y los hospitales.³¹

Estamos orgullosos de estos éxitos, pero sabemos que queda mucho por hacer para seguir mejorando la vida de todos los habitantes de Carolina del Norte.

Nuestra misión, visión y principios

A medida que avanza el trabajo de la División, renovamos nuestro compromiso con las personas a las que servimos con una nueva declaración de nuestra misión fundamental que habla de lo que hacemos día a día y refleja el papel único de la División en el apoyo a los habitantes de Carolina del Norte. Además, nos guiamos por una visión ambiciosa que imagina la Carolina del Norte del futuro por la que estamos trabajando.

Nuestra misión y visión se basan en cinco principios transversales (descritos en la siguiente página). Estos principios se identificaron como conceptos importantes que fundamentan todo el trabajo de la División a través de conversaciones con nuestros socios, y cada una de las secciones del plan estratégico se redactó teniéndolos en cuenta. De este modo, se pretende que el plan estratégico se vea como un todo, y no por partes.



Nuestros principios

Experiencia vivida.³² Valoramos la experiencia vivida al escuchar y defender a las personas y las familias, defender la experiencia de los especialistas de apoyo entre pares, promover apoyos naturales y comunitarios, y crear oportunidades de colaboración significativa.

Sabemos que nuestros socios tienen diversas perspectivas, antecedentes, historias e identidades que pueden ayudar a orientar todo lo que hacemos en la División. Nos centraremos en las experiencias de nuestros socios y aprenderemos de ellas para mejorar nuestro trabajo.

Equidad.³³ Creamos políticas que ayudan a todos a obtener lo que necesitan para llevar una vida sana en sus comunidades, enfocándonos especialmente en mejorar el acceso a los servicios para las poblaciones históricamente marginadas.

Equidad significa garantizar, mediante un trato justo y equitativo, que todos los habitantes de Carolina del Norte puedan alcanzar niveles óptimos de salud. De acuerdo con el Plan Estratégico 2021-2023 del DHHS, trabajaremos con nuestros socios para superar las barreras de equidad que afectan a las poblaciones históricamente marginadas.³⁴ Vamos a monitorear los parámetros de medición clave indicativos del éxito y del alcance de nuestros servicios en todos los grupos de la población, y nos aseguraremos de que tanto nosotros como nuestros socios rindamos cuentas en cuanto a la superación de las desigualdades conocidas y persistentes en materia de salud.

Inclusividad.³⁵ Nos comprometemos a garantizar que todas las personas que usen nuestros sistemas se sientan bienvenidas y que nuestras políticas apoyen la salud y el bienestar de todos los habitantes de Carolina del Norte, independientemente de su raza, etnia, sexo, identidad y expresión de género, orientación sexual, edad, origen nacional, estatus socioeconómico, religión, habilidades

Nos comprometemos a garantizar que ninguna persona se sienta desatendida por nuestros servicios y apoyos, para lo cual se tomarán las medidas necesarias para mejorar la accesibilidad a los servicios por parte de los consumidores y reducir las trabas para los proveedores.

Calidad. Promovemos la prestación de servicios y apoyos de alta calidad basados en evidencia que aprovechen la experiencia y las mejores prácticas de nuestros socios clínicos.

Un enfoque basado en la calidad significa hacer uso de los datos para supervisar y promover servicios y apoyos que conduzcan a mejores resultados. Esto incluye la regulación de planes y proveedores para garantizar que se reciban los servicios con rapidez y se cumplan todas las normas y requisitos. La División también compartirá los datos que recopile para que nuestros socios puedan exigirnos que rindamos cuentas en todo momento.

Enfoques basados en el trauma.³⁶ Reconocemos la realidad del trauma y promovemos una cultura de amabilidad, comprensión y respeto hacia todas las personas.

El trauma tiene un efecto real y medible en la forma en que interactuamos con el mundo que nos rodea. Nos comprometemos a asegurarnos de que nuestros sistemas, servicios y apoyos responden a las experiencias vividas, y nos proponemos resistirnos a la retraumatización.

Nuestro compromiso de servir a cualquier habitante de Carolina del Norte

La DMH/DD/SUS está comprometida con las necesidades de cualquier habitante de Carolina del Norte que busque el bienestar mental o viva con un problema de salud mental o un trastorno por uso de sustancias (SUD), discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) o lesiones cerebrales traumáticas (TBI). Dentro de estas amplias categorías hay grupos de personas cuyas necesidades serán y requerirán intervenciones especializadas. Nos centraremos en estos grupos proponiendo nuevas intervenciones a la medida o modificando las existentes para satisfacer mejor sus necesidades.

Más allá de las intervenciones que atienden específicamente a estos grupos especializados, tomaremos medidas con nuestras prácticas empresariales. Vamos a garantizar que nuestros procesos competitivos de adquisición y contratación incluyan a las poblaciones marginadas. En lo posible, nos aseguraremos de que las mediciones que utilizamos para hacer seguimiento estén estratificadas por raza, etnia, identidad de género, edad, estatus socioeconómico y ubicación geográfica. De ese modo, podremos medir el impacto de nuestros programas en las poblaciones a las que están dirigidos y tomar medidas rápidas si necesitamos cambiar de rumbo.

Críticamente, “cualquier habitante de Carolina del Norte” también incluye al personal trabajador y dedicado de la DMH/DD/SUS y todos los demás equipos del DHHS. Aunque este plan se enfoca en los grupos externos a los que servimos, también nos comprometemos a mirar hacia dentro y a desarrollar una cultura y un sistema de apoyo que le permita a nuestro personal y a los colegas de todo el gobierno estatal vivir la mejor vida posible y, en consecuencia, hacer su mejor trabajo en beneficio de los habitantes del estado. Como parte de la aplicación de este plan, las intervenciones que desarrollemos para promover el bienestar mental y en otras áreas tendrán carácter interno y se adoptarán para garantizar que cada uno de nosotros reciba el apoyo adecuado y que, de necesitar servicios y ayudas, estén disponibles.

Grupos especializados

- **Personas con trastornos o necesidades concurrentes.** Aunque los objetivos en el resto del plan estratégico se refieren generalmente a un trastorno o necesidad (p. ej., uso de opioides), somos conscientes de que las personas a menudo se enfrentan a múltiples trastornos o necesidades, como las I/DD y la salud mental. Reconocemos la necesidad de cerrar las brechas entre diferentes servicios o de vincular varios servicios entre sí. A veces, una sola intervención ayuda a las personas con trastornos o necesidades concurrentes, pero a menudo es necesaria una buena gestión de los cuidados para garantizar que se satisfagan las múltiples necesidades de tratamiento.
- **Personas ciegas o con vista deficiente; sordas o con dificultades auditivas; quienes hablan otros idiomas.** Nos comprometemos a ofrecer las herramientas necesarias para que nuestros habitantes reciban servicios que tengan en cuenta su capacidad física y su idioma de preferencia.
- **Miembros activos y veteranos del ejército.** Carolina del Norte se enorgullece de tener una gran población de veteranos y miembros activos de las Fuerzas Armadas. Nos comprometemos a cubrir y promover servicios que respondan a sus necesidades específicas.
- **Adultos mayores.** Nos comprometemos a garantizar que los adultos mayores de nuestro estado tengan los apoyos que necesitan para envejecer en su propio hogar y que los proveedores estén debidamente capacitados para atender sus necesidades únicas.
- **Poblaciones históricamente marginadas.** Nos comprometemos a promover un acceso equitativo a sistemas, servicios y ayudas de calidad. Esto significa garantizar que se consideren las necesidades específicas de todos los habitantes de Carolina del Norte al diseñar y mejorar nuestros programas, incluidos los que históricamente han sido excluidos de la participación plena y directa en los sistemas públicos.

Nuestras prioridades

A través de intensas conversaciones con nuestros socios, hemos identificado siete prioridades para orientar nuestro trabajo. Debajo de cada prioridad hay objetivos específicos que aspiramos alcanzar.



Nuestras prioridades
Aumentar el acceso a los cuidados en todo el estado: haremos más fácil para las personas el acceder y mantenerse en los servicios para promover el bienestar, prevenir el suicidio, ayudar contra los problemas de apuestas y llevar una vida autodirigida.
Mejorar el acceso a servicios de calidad para las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI): aumentaremos el acceso a los servicios para que más personas con I/DD y TBI puedan llevar la vida que desean en su comunidad.
Prevenir el uso de sustancias y las sobredosis: usaremos la prevención primaria y técnicas de reducción de efectos nocivos, y aumentaremos el acceso oportuno a los servicios para prevenir el uso de sustancias y las sobredosis.
Desarrollar la fuerza laboral: animaremos a todas las personas que prestan o apoyan la prestación de cuidados a que ofrezcan servicios de calidad basados en evidencia, y los ayudaremos a tener una idea clara de su función, y una vía para el crecimiento profesional.
Reforzar el sistema de abordaje de crisis: pondremos en práctica nuestra visión de pasar de un estado de crisis a un estado de atención, “Crisis to Care”, para satisfacer las necesidades de las personas en situaciones de crisis en todo el estado, para lo cual garantizaremos que todos los habitantes de Carolina del Norte tengan con quien ponerse en contacto, a alguien que responda y un lugar seguro para recibir ayuda.
Ampliar los servicios para las personas en el sistema judicial: la División creará alternativas al encarcelamiento, ampliará el acceso a los tratamientos de salud conductual y desarrollará apoyos para apartar y desviar a más personas del sistema de justicia, así como para mantener la estabilidad en el momento de la reinserción a la comunidad.
Ampliar los servicios comunitarios y de recuperación: reforzaremos la continuidad de los cuidados a niños y adultos con problemas graves y complejos de salud mental y de uso de sustancias, incluidas las discapacidades intelectuales/del desarrollo y las lesiones cerebrales traumáticas concurrentes.

Nuestros objetivos	
Aumentar el acceso a los cuidados en todo el estado	1.1: Aumentar el inicio y la retención en el tratamiento. Hacer más fácil a los niños, adolescentes y adultos de todas las edades el acceso oportuno y el mantenerse en los servicios basados en evidencia durante el tiempo de tratamiento recomendado.
	1.2: Promover el acceso a los cuidados integrados. Ampliar los modelos de atención que promueven los cuidados integrados de salud conductual con la atención médica primaria a lo largo de todo el proceso.
	1.3: Aumentar el apoyo para los cuidadores. Promover servicios y ayudas para los familiares y los cuidadores.
Mejorar el acceso a servicios de calidad para las personas con I/DD y TBI	2.1: Aumentar los servicios para las discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD). Aumentar el número de personas con I/DD que reciben servicios de alta calidad en sus hogares y comunidades.
	2.2: Aumentar los servicios para lesiones cerebrales traumáticas (TBI). Aumentar el número de personas con TBI que reciben servicios de alta calidad en sus hogares y comunidades.
	2.3: Aumentar el apoyo para la vida en la comunidad. Aumentar el número de personas con I/DD y TBI que acceden y mantienen una vivienda independiente y un empleo asistido.
Prevenir el uso de sustancias y las sobredosis	3.1: Aumentar la participación en la prevención primaria. Retrasar el uso o exposición inicial e impedir el acceso a las sustancias que los niños y adolescentes pudieran usar indebidamente, y emplear estrategias para reducir los efectos nocivos y prevenir el aumento del uso y el abuso por parte de adultos jóvenes.
	3.2: Aumentar el acceso al tratamiento basado en evidencia en casos de uso de sustancias. Aumentar el acceso oportuno a los servicios para los casos de uso de sustancias, especialmente en las zonas geográficas y poblaciones con bajos índices de servicio.
Desarrollar la fuerza laboral	4.1: Reforzar la fuerza laboral de especialistas de apoyo entre pares. Crear una fuerza laboral de especialistas de apoyo entre pares bien capacitada y utilizada, cuyo trabajo aproveche su experiencia vivida.
	4.2: Reforzar la fuerza laboral de profesionales de apoyo directo. Desarrollar una fuerza laboral de profesionales de apoyo directo bien capacitada.
	4.3: Aumentar el número de proveedores con licencia. Aumentar el número de proveedores con licencia que se incorporan a la fuerza laboral pública.
	4.4: Aumentar la ayuda para los proveedores sin licencia. Aumentar las capacitaciones y el apoyo para los profesionales sin licencia que atienden a quienes usan el sistema público.
Reforzar el sistema de abordaje de crisis	5.1: Conectar a las personas con cuidados en casos de crisis. Conectar a las personas con los servicios de gestión de crisis apropiados y facilitar las transferencias sin complicaciones.
	5.2: Aumentar la prestación oportuna de cuidados móviles en caso de crisis. Garantizar cuidados oportunos y de calidad en la comunidad en casos de crisis, y conectar a las personas con el nivel de cuidados apropiado.
	5.3: Aumentar el uso de instalaciones comunitarias en casos de crisis. Aumentar el uso de centros comunitarios en casos de crisis de salud conductual como alternativa a los niveles superiores de cuidados.

Nuestros objetivos	
Ampliar los servicios para las personas en el sistema judicial	6.1: Aumentar la participación en programas de evasión y desvío. Aumentar la vinculación de personas con necesidades de salud mental, SUD, I/DD o TBI con cuidados y servicios basados en evidencia para ofrecer una alternativa al encarcelamiento.
	6.2: Aumentar el éxito de la reinserción comunitaria. Garantizar el éxito de la reinserción en la comunidad de las personas implicadas en procesos judiciales con una gama de necesidades.
	6.3: Aumentar el uso de programas basados en evidencia para jóvenes implicados en procesos judiciales. Aumentar el uso de programas y prácticas basados en evidencia para jóvenes implicados en procesos judiciales.
	6.4: Aumentar el acceso al restablecimiento de la capacidad jurídica. Aumentar la capacidad y el uso de programas piloto de restablecimiento de la capacidad jurídica en la cárcel y la comunidad.
Ampliar los servicios comunitarios y de recuperación	7.1: Aumentar los servicios de detección temprana y de recuperación. Promover la detección temprana y los servicios para prevenir las enfermedades mentales graves y el uso de sustancias.
	7.2: Aumentar el apoyo entre pares para la recuperación. Apoyar la expansión de los apoyos y servicios de recuperación para personas con enfermedades mentales y uso de sustancias.
	7.3: Mejorar la calidad de las intervenciones residenciales para niños con necesidades complejas. Invertir en el acceso y la calidad durante todo el proceso de cuidados de los niños, y reducir la duración de las intervenciones residenciales.

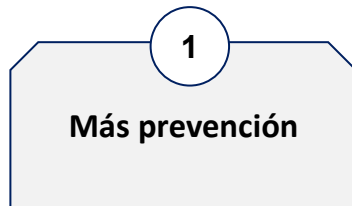
En las siguientes secciones se describe con más detalle cada prioridad y objetivo. Si bien estas presentan las cuestiones que abordaremos para hacer realidad nuestra visión para Carolina del Norte y el sistema público, reconocemos que este trabajo necesario no puede llevarse a cabo sin nuestros socios. Esto incluye a las Local Management Entity / Managed Care Organization (LME/MCO) - Entidades Locales de Administración / Organizaciones de Asistencia Administrada (LME/MCO) del estado, que garantizan la prestación de servicios a muchos habitantes de Carolina del Norte, a las agencias asociadas del NCDHHS y del estado, a la comunidad de proveedores y a tantos otros con los que nos comprometemos a trabajar para hacer realidad este plan. Además, incluye a nuestros Consejos Asesores de Consumidores y Familias y a otros miembros y defensores de la comunidad, quienes aportan contribuciones sumamente valiosas basadas en su experiencia vivida.

¿Qué son las LME/MCO de Carolina del Norte?

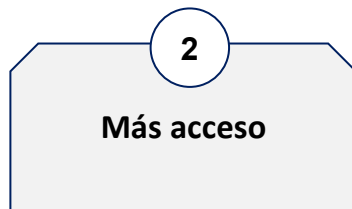
Las Local Management Entity / Managed Care Organization (LME/MCO) - Entidades Locales de Administración / Organizaciones de Asistencia Administrada (LME/MCO), son entidades de atención administrada que garantizan que las personas en todo Carolina del Norte reciban servicios de atención médica, incluidos los servicios de salud mental, para las discapacidades de desarrollo o de tratamiento por uso de sustancias. En Carolina del Norte hay cuatro LME/MCO, cada una de las cuales garantiza la prestación de servicios a un conjunto de condados. La DMH/DD/SUS contrata a las LME/MCO para que presten servicios financiados por el estado a personas de toda Carolina del Norte, lo que las convierte en un socio clave para avanzar el trabajo de este plan estratégico.

Qué conseguiremos

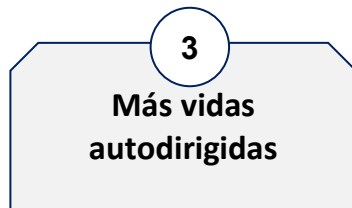
Para el 2029 estaremos en camino a conseguir más comunidades en las que todos reciban apoyo para llevar una vida más sana y feliz. Además de los indicadores que la División utilizará para monitorear los avances del plan estratégico (véase la página 29), los habitantes de Carolina del Norte podrán comprobar el progreso de las siguientes maneras:



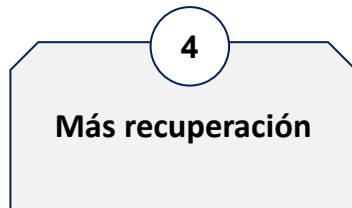
Más niños y adolescentes crecerán en espacios más seguros y saludables, con una menor necesidad de servicios en las etapas posteriores de su vida.



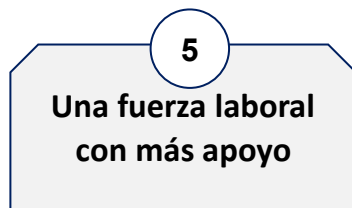
Más personas accederán a servicios de calidad que respondan a sus necesidades. Más personas sabrán cómo acceder a los servicios, y en cada comunidad habrá una gama estandarizada de servicios.



Más personas vivirán la vida que elijan en sus comunidades porque tienen los apoyos que necesitan cerca de casa.



Más personas alcanzarán la recuperación al ser capaces de ocuparse de su salud, tener un lugar seguro y estable donde vivir, hacer actividades cotidianas significativas y gozar de una comunidad fuerte.



Carolina del Norte tendrá una fuerza laboral pública más feliz y sana, debidamente preparada, y que se sentirá apoyada y valorada, con un camino claro hacia el desarrollo profesional. Esto incluye a nuestro personal de la DMH/DD/SUS.

El Plan Estratégico 2024-2029 es nuestra promesa de cómo vamos a impulsar la innovación y el cambio positivo para todos los habitantes de Carolina del Norte —especialmente para quienes viven con necesidades de salud mental, trastorno por uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas— y esperamos trabajar con todos nuestros socios para hacer realidad nuestra visión. Vamos a desarrollar un sólido y completo sistema de medición de resultados a fin de hacer un seguimiento de estos y su impacto.

Prioridad 1: Aumentar el acceso a los cuidados en todo el estado

Debido a un estigma muy arraigado, los habitantes de Carolina del Norte no buscan tratamiento con la frecuencia con que podrían hacerlo. Los datos de la *Encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud* estiman que 1 de cada 5 adultos en Carolina del Norte padece una enfermedad mental y que el 51 % de ellos no recibe tratamiento.^{37, 38} Esta cifra fue aún más asombrosa en el caso de los jóvenes con episodios de depresión mayor, ya que el 62 % no recibía cuidados. El estigma también influye en el tratamiento de los casos de uso de sustancias. En el 2022 el 17 % de los habitantes de Carolina del Norte mayores de 12 años fueron clasificados como necesitados de tratamiento por uso de sustancias y, de ellos, el 79 % no lo recibía.³⁹ Los adultos jóvenes de entre 16 y 25 años son especialmente vulnerables, ya que el 25 % necesita tratamiento y el 87 % no lo recibe.⁴⁰

Carolina del Norte está perdiendo gente a causa del suicidio. Entre el 2016 y el 2020, 7122 habitantes de Carolina del Norte fallecieron por suicidio, y entre las personas de 10 a 65 años esta es entre las cinco principales causas de muerte en el estado.^{41, 42} El suicidio es un evento repentino que puede tratarse. Las tasas de suicidio también son más altas para ciertos grupos de personas, entre ellos los veteranos, quienes viven en zonas rurales, los niños y los jóvenes, las personas con trastorno del espectro autista y las que se identifican como LGBTQ+.^{43, 44, 45, 46, 47} Los impactos del suicidio se sienten en toda la comunidad y su prevalencia muestra una necesidad constante de incrementar la capacidad de todos los habitantes de Carolina del Norte para recuperarse, sentirse bien y prosperar.

Estados Unidos también está experimentando un aumento en los problemas de apuestas, con un 5.5 % de los adultos en Carolina del Norte lidiando con trastornos de adicción a los juegos de azar.⁴⁸ Los problemas de apuestas a menudo ocurren junto con un diagnóstico de salud mental o situaciones de uso de sustancias, lo que indica la necesidad de que el tratamiento sea integrado y aborde los múltiples desafíos que una persona pudiera estar enfrentando.⁴⁹

Para las personas que experimentan desafíos con su salud mental, problemas de apuestas o el uso de sustancias, la recuperación es un proceso de cambio a través del cual mejoran su salud y bienestar, viven vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su pleno potencial.⁵⁰ Las bases de la recuperación —ser capaz de ocuparse de la salud propia, tener un lugar seguro y estable donde vivir, hacer actividades cotidianas significativas y contar con una comunidad sólida— son aspectos clave que la DMH/DD/SUS quiere fomentar en beneficio de todos los habitantes de Carolina del Norte.⁵¹ Lo haremos al apoyar otros esfuerzos en el estado, como lo es el Plan Estatal de Acción Contra el Suicidio, y al promover los siguientes objetivos.⁵²

Objetivo 1.1: Aumentar el inicio y la retención en el tratamiento. Facilitarles a los niños, adolescentes y adultos de todas las edades el acceso oportuno y su permanencia en los servicios basados en evidencia durante el tiempo de tratamiento recomendado.

Muchas personas siguen sin recibir atención de salud mental en Carolina del Norte y en todos los Estados Unidos. En el 2022, a nivel nacional, más del 40 % de los adolescentes con un episodio depresivo grave y la mitad (49.4 %) de los adultos con alguna enfermedad mental no recibieron cuidado alguno.⁵³ Según Mental Health America, Carolina del Norte ocupa el puesto 39 entre los estados en cuanto al acceso a cuidados de salud mental, y en el 2022 uno de cada cinco adultos de Carolina del Norte que mostraba síntomas de ansiedad o depresión informó de una necesidad insatisfecha de orientación o terapia.^{54, 55}

Los múltiples puntos de entrada al sistema pueden dificultar la navegación por el mismo y saber dónde obtener los servicios, especialmente cuando la disponibilidad varía según la región del estado. Nos esforzaremos por agilizar el acceso de las personas a los servicios, que se sepan de qué servicios se dispone y reducir el estigma en torno a la búsqueda de servicios de modo que puedan dar los pasos necesarios para mejorar su salud mental y su bienestar.

Además de facilitar el acceso a los servicios, queremos garantizar que puedan obtenerlos *cuándo* los necesiten. Se ha demostrado que recibir servicios a tiempo puede evitar que los casos empeoren y resulten en situaciones como la implicación en el sistema judicial y el suicidio. La tendencia y pensamientos suicidas (suicidalidad) son tratables y los suicidios se pueden prevenir; la detección y las intervenciones funcionan. Nos comprometemos a ofrecer intervenciones que ayuden a reconocer cuándo existe el riesgo de suicidio y a brindar ayuda.

El impacto del estigma. Una de las razones por las que las personas no reciben la ayuda que necesitan es el estigma. El estigma público es especialmente poderoso a la hora de impedir que las personas busquen cuidados de salud conductual y también puede impedir que los profesionales de atención primaria, los padres, los maestros y los amigos pregunten acerca de las necesidades que las personas pudieran tener. La DMH/DD/SUS intenta promover la reducción del estigma para que las personas reciban la ayuda necesaria. Las campañas contra el estigma abordarán los estereotipos y prejuicios asociados a los distintos tipos de estigma: público, propio y estructural.

Del mismo modo, aumentar el conocimiento público sobre el impacto del uso de sustancias puede cambiar el comportamiento de las personas hacia las sustancias y reducir el estigma.⁵⁶ Al aumentar la conciencia pública sobre el impacto del uso de sustancias, la DMH/DD/SUS tiene la oportunidad de cambiar la forma en que las personas hablan acerca de las sustancias y evitar que se involucren con ellas. Aunque esta falta de servicios se debe en parte a la escasez de proveedores, también está relacionada con la falta de conocimientos sobre cómo acceder a ellos; y una mayor educación sobre cómo y dónde acceder a los servicios por uso de sustancias ayudará a las personas a obtenerlos cuando los necesiten.

Objetivo 1.2: Promover el acceso a los cuidados integrados. Ampliar los modelos de atención que promueven los cuidados integrados de salud conductual con la atención médica primaria a lo largo de todo el proceso.

Cerca de la mitad de los adultos que sufren de enfermedades mentales graves padecen un trastorno por uso de sustancias concurrente, y entre los que recibieron tratamiento de salud mental solo pocos recibieron algún tratamiento para el uso de sustancias.⁵⁷ Carolina del Norte se ha comprometido a integrar la salud mental y el tratamiento para el uso de sustancias en toda su gama de servicios de salud conductual, lo que incluye la inversión en el modelo integrado de clínicas comunitarias de salud mental certificadas (CCBHC). Las CCBHC están diseñadas para garantizar el acceso a una atención integral coordinada al ofrecer servicios por crisis, servicios integrales de salud conductual y por uso de sustancias, y coordinación de los cuidados las 24 horas al día, 7 días a la semana. Las CCBHC atienden a cualquier persona independientemente de su capacidad de pago, lugar de residencia o edad.

También es importante integrar los servicios de salud conductual en un entorno de atención médica primaria, que es el punto de entrada de la mayoría de las personas al sistema de atención médica. Cada vez más, el apoyo a la salud mental y a las enfermedades relacionadas con el uso de sustancias se ha convertido en una parte fundamental de las funciones de los proveedores de atención médica primaria. En Carolina del Norte se implementarán modelos basados en evidencia, como el de “cuidados colaborativos”, que da un mayor apoyo financiero y operativo para que los

consultorios de atención médica primaria integren servicios de salud conductual a sus prácticas.

Objetivo 1.3: Aumentar el apoyo para los cuidadores. Promover servicios y ayudas para los familiares y los cuidadores.

Los familiares y cuidadores apoyan diariamente a las personas con problemas de salud conductual y otras necesidades, y pueden mejorar los resultados de los tratamientos. Sin embargo, cuidar de alguien no está exento de dificultades y las personas que ejercen la función de cuidadores pueden experimentar mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión debido a sus obligaciones. Es necesario crear servicios adicionales que les permitan a los familiares y cuidadores tomar un descanso (es decir, un relevo) —así como asistencia que les den las herramientas y la educación necesarias para apoyar las necesidades de quien cuidan— para que tengan lo que necesitan para salir adelante.



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Porcentaje de personas que inician un tratamiento de salud mental.	↑
Porcentaje de personas que continúan en tratamiento de salud mental.	↑
Número de personas que utilizan cuidados colaborativos.	↑
Número de personas que reciben servicios en las CCBHC.	↑

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Campaña de comunicación accesible:** rediseñar el sitio web y desarrollar una comunicación accesible y orientada al consumidor para ayudar a quienes sufren de enfermedades mentales graves (SMI), trastorno por uso de sustancias (SUD), discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI) a comprender mejor los Tailored Plans (Planes personalizados) y la Tailored Care Management (Gestión de cuidados personalizados), la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) , y los servicios 1915(i).
- **Acceso más fácil a los sistemas públicos**
 - **Directorio en línea de cuidados:** poner en marcha un sitio web estatal de “red de cuidados” de acceso público con un directorio de clínicas que no requieran cita, proveedores de servicios en casos de crisis, de servicios ambulatorios de salud conductual y de tratamiento para el uso de sustancias.
 - **Red de citas de acceso libre / citas al día siguiente:** construir una red de proveedores con un horario de acceso abierto y servicios al día siguiente que sean un punto de entrada a los cuidados en la comunidad.
 - **CCBHC:** crear una red de seguridad con proveedores de salud conductual que ofrezcan servicios de evaluación, de salud mental y por uso de sustancias ambulatorios, de administración de los cuidados y gestión de crisis.
- **UNSHAME NC:** poner en marcha una campaña estatal contra el estigma del trastorno de uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) mediante la educación sobre temas relacionados y el intercambio de historias entre personas cuyas vidas se han visto afectadas por este trastorno, y de quienes atienden a esas comunidades.
- **Integración de cuidados de atención médica primaria y conductuales:** seguir apoyando los modelos integrados de salud conductual y atención médica primaria en el sistema de atención, incluida la continua implementación del modelo de cuidados colaborativos, las consultas pediátricas y perinatales de salud mental de NC-PAL y el modelo CCBHC.
- **Alianzas estatales para promover el bienestar y el tratamiento:** desempeñar un papel de liderazgo en el establecimiento de alianzas con la policía para lograr una mejor comprensión de las enfermedades mentales y ampliar intervenciones en todo el estado, como los equipos de intervención en casos de crisis, los primeros auxilios de salud mental y la capacitación en técnicas de intervención en casos de suicidio.
- **Acceso en otros espacios**
 - **Acceso a la subvención MH BG.** Ampliar los servicios comunitarios integrales de salud mental para grupos específicos: inmigrantes o personas que hablan inglés como segundo idioma, LGBTQ+, sordos o con dificultades auditivas, adultos mayores, veteranos y cuidadores. Ampliar los servicios de organizaciones religiosas.
 - **NAMI on Campus:** aumentar los recursos para reforzar los servicios de asesoramiento y ampliar el programa “NAMI on Campus” de la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés), que son clubes de salud mental dirigidos y operados por estudiantes en los campus universitarios.

Enfoque hacia el futuro

- **Campaña contra el estigma de la salud mental:** poner en marcha una campaña contra el estigma a fin de fomentar la concientización, la educación y la defensoría, y tener conversaciones honestas sobre la salud mental.
- **Salud mental materna:** poner en marcha un programa enfocado en la salud mental para fomentar la búsqueda de ayuda, la detección y la búsqueda de tratamiento en la fase crítica durante el embarazo y el posparto.
- **Proyectos de tercer espacio:** crear “terceros espacios” en los que las personas puedan recibir tratamiento de salud conductual fuera del hogar o del consultorio médico, utilizando activos de la comunidad como bibliotecas, centros comunitarios y restaurantes.

Prioridad 2: Mejorar el acceso a servicios de calidad para las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI)

En Carolina del Norte muy pocas personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) y lesiones cerebrales traumáticas (TBI) pueden acceder a servicios en sus comunidades que les permitan llevar la vida que desean. En noviembre del 2023 más de 17,000 personas se encontraban en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte), una de las mayores listas de espera del país.^{58,59} Aumentar el acceso a los servicios es una de las principales prioridades de la DMH/DD/SUS y de nuestros socios, y está estrechamente relacionado con otros esfuerzos del Departamento y de la División, incluido el Plan Olmstead del estado y el próximo lanzamiento de “Tailored Plans” (Planes personalizados).^{60,61}

Aunque recientemente se han dado pasos para aumentar el acceso a los servicios —incluido el lanzamiento de “Inclusion Works”, la aprobación de una enmienda al plan estatal para ofrecer servicios de exención 1915(i), la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) y la aprobación legislativa para llevar la exención para lesiones cerebrales traumáticas a todo el estado— estamos conscientes de que se puede hacer más para garantizar la disponibilidad de una gama fiable de servicios para I/DD y TBI en todo el estado.^{62,63} En particular, para ampliar el acceso a los servicios —incluidas las ofertas de servicios existentes— se debe resolver la escasez de personal, que se aborda de forma más directa en la prioridad 4.

Perseguiremos los siguientes objetivos para continuar con nuestro compromiso de ampliar el acceso a servicios de calidad, en las comunidades y no en instituciones, para las personas con I/DD y TBI:

Objetivo 2.1: Aumentar los servicios para las I/DD. Aumentar el número de personas con I/DD que reciben servicios de alta calidad en sus hogares y comunidades.

Demasiadas personas con I/DD en Carolina del Norte siguen esperando por servicios, entre ellas las miles de personas en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte).⁶⁴ Además, la mayoría de las personas en esta lista de espera no reciben los servicios necesarios; solo el 34 % recibe algún servicio de salud mental o por discapacidad intelectual/del desarrollo financiado por Medicaid o el estado, y muchas no obtienen el conjunto completo de servicios para los que están autorizadas debido a la escasez de personal.⁶⁵

Los resultados más recientes de los indicadores básicos nacionales (NCI, por sus siglas en inglés) de Carolina del Norte, una encuesta realizada a personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo, reflejaron que solo el 68 % de las personas podían elegir los servicios que recibían como parte de su plan de servicios, lo que nos dice que existen oportunidades para aumentar la capacidad de elección una vez que la persona accede a los servicios.⁶⁶

En conjunto, todo apunta a que hay oportunidades para aumentar tanto el acceso como la libertad de elección, y que la mayor libertad de elección le hace más fácil a la gente saber qué servicios están disponibles y cómo acceder a ellos.

Objetivo 2.2: Aumentar los servicios para TBI. Aumentar el número de personas con TBI que reciben servicios de alta calidad.

En el año fiscal estatal 2019 en Carolina del Norte, 41,398 personas con un diagnóstico de lesiones cerebrales traumáticas (TBI) recibieron servicios de salud conductual. Sin embargo, las 107 plazas

asignadas a la exención de TBI no están llenas.^{67, 68} Esto puede deberse en parte a que la elegibilidad para la exención se limitaba inicialmente a las personas que vivían en uno de los seis condados del estado, pero el presupuesto más reciente tenía una disposición para llevar la exención a todo el estado, lo cual crea una oportunidad para ampliar el acceso a estos servicios.⁶⁹ Al igual que las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo, las personas con TBI necesitan más y mejor información sobre cómo y cuándo acceder a los servicios disponibles para ellos.

Objetivo 2.3: Aumentar el apoyo para la vida en la comunidad. Aumentar el número de personas con I/DD o TBI que acceden y mantienen una vivienda independiente y empleo con apoyo.

Muchas personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas quieren trabajar, pero no lo hacen. Según los resultados de los NCI de Carolina del Norte, de las personas con I/DD encuestadas en el 2021-2022, un 57 % de las que querían un trabajo comunitario remunerado no lo tenían.⁷⁰ Es probable que esta discrepancia se deba en parte a las barreras adicionales a las que se enfrentan las personas con I/DD y TBI a la hora de buscar y mantener un empleo, como la incapacidad de lograr las adaptaciones especiales necesarias para trabajar. Nos comprometemos a aumentar el apoyo laboral, como el empleo integrado competitivo (CIE), para que más personas con I/DD y TBI que quieren trabajar y participar en sus comunidades puedan hacerlo.

Las personas con I/DD o TBI deberían poder vivir en las comunidades que ellos elijan, pero muchas no pueden conseguir o tienen pocas opciones de vivienda en sus comunidades. Nos comprometemos a mejorar y potenciar las viviendas para las personas con I/DD y TBI con el fin de crear más opciones para que puedan vivir en las comunidades de su elección, así como garantizar la existencia de apoyos apropiados en el hogar y en la comunidad para que mantengan su vivienda una vez en ella.



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Porcentaje de personas en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) que reciben un servicio basado en el hogar y la comunidad (HCBS) o un servicio de salud mental o por uso de sustancias financiado por el estado o por Medicaid.	↑
Porcentaje de servicios autorizados proporcionados que brindan apoyo para la vida en la comunidad, de redes comunitarias, de empleo asistido y de vida cotidiana con asistencia.	↑
Número de personas que reciben un servicio para lesiones cerebrales traumáticas (exención de TBI o servicio para TBI financiado por el estado).	↑
Número de personas con I/DD en empleo asistido.	↑

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Programa “Inclusion Connects”:** continuar con la implementación de este programa que se puso en marcha en marzo del 2024 para conectar a las personas con I/DD y a sus cuidadores con servicios y apoyos.
 - **Acceso a servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS):** brindar apoyo a las personas en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) y, cuando sea posible, inscribir a las personas elegibles en la enmienda 1915(i) del plan estatal (SPA) u otro servicio en el hogar y la comunidad.
 - **Compromiso con los servicios Tailored Care Management** (Gestión de cuidados personalizados): lanzar una campaña educativa en colaboración con la División de Beneficios de Salud (DHB) y las LME/MCO para inscribir a los beneficiarios con I/DD y TBI a fin de que reciban gestión de cuidados integrales.
 - **Seguimiento e información sobre las listas de espera:** apoyar a las personas en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) mediante actividades con las comunidades para comprender mejor las necesidades individuales y dirigir las a los servicios disponibles, siempre que sea posible.
 - **Empleo integrado competitivo (CIE):** ampliar los servicios y el apoyo del CIE para ayudar a las personas con I/DD a encontrar y mantener trabajos en la comunidad con salarios competitivos.
- **Expandir la exención de TBI:** aliarse con la DHB para ampliar la exención de TBI en todo el estado y abogar ante la legislatura por fondos adicionales para apoyar la prestación de los servicios.

Enfoque hacia el futuro

- **Servicios dirigidos por los clientes y sus familiares:** revitalizar el enfoque y las políticas que facilitan la gestión de cuidados dirigidos por el consumidor.
- **Plan de vivienda:** establecer un marco para apoyar la transición de las personas con I/DD desde los cuidados en instituciones a los cuidados en la comunidad y las opciones de disponibilidad de vivienda; evaluar las necesidades, las barreras y los intereses de las personas con I/DD institucionalizadas; garantizar la disponibilidad de viviendas accesibles y asequibles para las personas con I/DD interesadas en la transición a sus propias viviendas y desarrollar y coordinar el proceso de transición; identificar un proceso de supervisión para revisar la calidad y el nivel de la atención prestada en el entorno comunitario.
- **Violencia de pareja (IPV):** exigir que todos los proveedores de servicios para personas con I/DD reciban capacitación anual obligatoria sobre la IPV, y poner a su disposición y de sus familias un currículo accesible con información sobre la IPV, las relaciones sanas y la salud sexual. Establecer alianzas recíprocas de recursos y remisiones entre los proveedores de servicios por I/DD y los proveedores de servicios IPV.
- **Apoyo entre pares con I/DD:** definir la designación del apoyo entre pares en centros residenciales y ampliar la cobertura de los cuidados para apoyar la inclusión en la comunidad.

Prioridad 3: Prevenir el uso de sustancias y las sobredosis

Como el resto del país, Carolina del Norte se está esforzando por ayudar a más personas a recuperarse en un momento en que las muertes por sobredosis de sustancias están en aumento. En Carolina del Norte las muertes por sobredosis aumentaron de 5.8 a 41.4 muertes por cada 100,000 entre el 2000 y el 2022, respectivamente.⁷¹ En Carolina del Norte la tasa de muertes por sobredosis también es superior a la de los Estados Unidos, tanto por opioides como en general.^{72, 73} Otras muertes relacionadas con las drogas también están aumentando en Carolina del Norte: las muertes por sobredosis relacionadas con estimulantes aumentaron de 222 a 2217 desde el año 2012 al 2021, y durante ese período se vieron aumentos similares en las muertes por sobredosis asociadas con el fentanilo (de 140 a 3117), la metanfetamina (de 24 a 978) y la cocaína (de 201 a 1414).⁷⁴ Además, el uso excesivo de alcohol es la tercera causa de muerte evitable en Carolina del Norte, y las muertes relacionadas con el alcohol han ido aumentando cada año.^{75, 76}

En los últimos años se han puesto en marcha múltiples iniciativas en todo el estado para abordar el impacto del uso de sustancias en las comunidades, entre ellas una iniciativa de todo el Departamento centrada en la epidemia de opioides que incluye el Plan de Acción Contra el Uso de Opioides y Sustancias.⁷⁷ Además de estos esfuerzos, ayudaremos a más personas a alcanzar la recuperación al retrasar el uso inicial de sustancias, erradicar el estigma de buscar ayuda para trastornos por uso de sustancias (SUD) y el acceso oportuno a tratamientos basados en evidencia. Para ello es fundamental nuestro papel en la administración de la subvención SUPTRS BG, la cual proporciona financiación federal a iniciativas que nos permitirán avanzar en los siguientes objetivos.

Objetivo 3.1: Aumentar la participación en la prevención primaria. Retrasar el uso o exposición inicial e impedir el acceso a las sustancias que los niños y adolescentes pudieran usar indebidamente; y emplear estrategias para reducir los efectos nocivos y prevenir el aumento del uso y el abuso por parte de adultos jóvenes.

Los estudios indican que cuanto más joven es una persona cuando empieza a consumir sustancias, más probabilidades tendrá de desarrollar un trastorno por uso de sustancias (SUD), y que una edad más temprana de iniciación a las drogas se asocia con un mayor abuso de sustancias.^{78, 79} Al retrasar o prevenir la exposición o el uso inicial de sustancias en niños y adolescentes, Carolina del Norte puede prevenir el futuro uso de sustancias y su impacto en las comunidades. Carolina del Norte también puede emplear estrategias para reducir los efectos nocivos, que se adapten a la situación de la persona y la empoderen a llevar una vida sana, autodirigida y llena de propósito.

La subvención SUPTRS BG crea oportunidades para ofrecer estrategias de prevención primaria, dado que el 20 % debe destinarse a la prevención primaria para personas no identificadas como necesitadas de tratamiento.⁸⁰ Esto debe incluir el control del comercio minorista de tabaco e incluir estrategias como la educación, la asistencia técnica a grupos u organismos comunitarios y desarrollar actividades alternativas que no impliquen alcohol y drogas. Las iniciativas que construyen comunidades sanas para disuadir de forma natural a los niños y adolescentes del uso de alcohol y drogas también se basan en evidencia y deberían emplearse más a menudo en Carolina del Norte.

Objetivo 3.2: Aumentar el acceso al tratamiento basado en evidencia en casos de uso de sustancias. Incrementar el acceso oportuno a los servicios por uso de sustancias, especialmente en las zonas geográficas y poblaciones con bajos índices de servicio.

Pocas personas con trastorno por uso de sustancias (SUD) reciben servicios, y en Carolina del Norte hay

lugares donde no se puede obtener tratamientos clave basados en evidencia, incluidos los medicamentos para el trastorno por uso de opioides (MOUD, por sus siglas en inglés), como la metadona y la buprenorfina.⁸¹ Aunque hay carencias de servicios en todos los ámbitos, la carencia de servicios dirigidos a los adolescentes es una brecha que, particularmente, debe cerrarse. Además, sigue habiendo dificultades para acceder a los servicios dirigidos a los adolescentes, como el Programa Intensivo de Tratamiento Ambulatorio por Abuso de Sustancias, la gestión de la desintoxicación y los servicios residenciales.

Si bien la epidemia de opioides y drogas ha afectado a todas las comunidades, la tasa de muertes por sobredosis en Carolina del Norte es más alta entre los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés), y las tasas de muertes por sobredosis para las personas negras e hispanas aumentaron más del 200 % entre el 2015 y el 2020.^{82, 83} Las disparidades en las muertes por sobredosis también existen en Carolina del Norte en función del lugar donde viven las personas: la tasa de muertes por sobredosis es más alta en los condados rurales que en los urbanos.⁸⁴ Los esfuerzos estatales descritos anteriormente se enfocan en abordar este problema, pero se necesitan más intervenciones para reducir la pérdida de vidas por sobredosis en todo el estado.

En Carolina del Norte los condados rurales y con mayor proporción de habitantes negros y AI/AN también tienen menos posibilidades de tener acceso a servicios clave y proveedores. En el 2022 la mayoría de los condados sin programas de tratamiento contra los opioides (OTP, por sus siglas en inglés) eran rurales, y todos los 14 condados que carecían de un proveedor capaz de recetar buprenorfina eran rurales.⁸⁵ Además, 10 de los 12 condados sin opciones para el tratamiento contra los opioides eran condados con una mayor proporción de habitantes negros o AI/AN.⁸⁶ Estas tendencias indican la necesidad de un programa de alcance enfocado en asegurar que las personas de comunidades históricamente marginadas y en zonas rurales reciban servicios críticos para prevenir las muertes por sobredosis.



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Número de personas atendidas por OTP y por tratamiento contra los opioides en consultorios (OBOT, por sus siglas en inglés).	↑
Número de personas atendidas por Programas de Recuperación para Estudiantes Universitarios (CRP) y centros comunitarios de recuperación.	↑
Porcentaje de menores de edad (13-17) que inician tratamiento por uso de sustancias.	↑
Porcentaje de adultos (mayores de 18) que inician tratamiento por uso de sustancias.	↑
Número de visitas a salas de emergencia por sobredosis con opioides.	↓

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Prevención:** crear un programa de prevención estatal dirigido a implementar modelos a nivel comunitario basados en evidencia para prevenir el uso de sustancias, especialmente programas centrados en la socialización de adolescentes.
- **Actualización del Plan de Saturación y Distribución de Naloxona:** actualizar el plan y asumir un papel de liderazgo para aumentar la disponibilidad de naloxona al costear el medicamento, apoyar las capacitaciones para su uso e incluirlo en las definiciones de servicio de los equipos de respuesta a situaciones de crisis.
- **Plan de Saturación de Medicamentos para el Trastorno por Uso de Opioides (MOUD):** trabajar con los proveedores para aumentar los condados y programas con cobertura de medicamentos para el trastorno por uso de opioides.
- **Expansión de OBOT con la línea de consulta de salud mental de Carolina del Norte (NC-PAL):** ampliar el Programa NC-PAL para incluir apoyos con los medicamentos para los médicos que ofrecen tratamiento contra los opioides en los consultorios (OBOT).
- **Implementación del OTP móvil:** poner en marcha más unidades móviles de OTP para ampliar el alcance del tratamiento a las personas marginadas y sin hogar, a las comunidades rurales y otras desatendidas. Los OTP son programas que tratan el uso de opioides (OUD) y ofrecen evaluaciones, asesoramiento, medicamentos para el trastorno por uso de opioides (MOUD) y demás servicios.
- **Ampliar el acceso de los adolescentes al tratamiento del uso de sustancias:** ampliar los servicios para dirigirlos específicamente a los adolescentes y crear programas adaptados a las necesidades únicas de esta población. Esto puede incluir enfoques en cuidados que se integren intencionadamente con los servicios de salud mental existentes.

Enfoque hacia el futuro

- **Reducción de los efectos nocivos en estudiantes universitarios (CRP):** financiar los CRP que apoyen a los estudiantes en su camino hacia la recuperación mientras cursan estudios superiores. Los CRP difieren según el campus, pero pueden incluir viviendas de recuperación, personal dedicado a apoyar la recuperación de los estudiantes y reuniones periódicas de recuperación.
- **Equipo de Recuperación Post sobredosis (PORT, por sus siglas en inglés):** ampliar la utilización de los PORT en todo el estado.
- **Comunidades y lugares de trabajo de recuperación:** modernizar y renovar el enfoque de la prevención para promover comunidades sanas y la socialización de los adolescentes mediante estrategias de efectividad comprobada.

Prioridad 4: Desarrollar la fuerza laboral

Algunos de los problemas de acceso a los cuidados en Carolina del Norte pueden atribuirse a la escasez de personal, y por ello es necesario garantizar que el personal actual sea utilizado a su máxima capacidad. El 40 % de los habitantes de Carolina del Norte viven en una zona con escasez de profesionales de salud mental (HPSA), las agencias proveedoras de servicios para discapacidades intelectuales/del desarrollo (I/DD) tienen tasas de rotación del 30 % entre su personal de apoyo directo y no hay suficientes especialistas certificados de apoyo entre pares (CPSS, por sus siglas en inglés) realmente empleados como CPSS.^{87, 88, 89} Esto tiene que cambiar, ya que una fuerza laboral sólida es la base para garantizar un sistema de tratamiento público robusto.

Creemos que tiene que haber suficientes proveedores —en todos los niveles y para todas las poblaciones— para garantizar que las personas de Carolina del Norte accedan a los servicios cuando los necesiten. Los proveedores deben estar debidamente capacitados para prestar servicios de calidad basados en evidencia que no causen traumas adicionales, y deben tener una comprensión clara de su papel, sentirse apoyados y tener una vía de crecimiento profesional.

Además, los especialistas de apoyo entre pares deben desempeñar un papel significativo dentro de la fuerza laboral a fin de garantizar que quienes reciben servicios puedan conectar con quienes tengan una experiencia vivida similar. Nos proponemos alcanzar los siguientes objetivos para reforzar la fuerza laboral de Carolina del Norte, enfocándonos inicialmente en nuestra fuerza laboral de especialistas de apoyo entre pares y de profesionales de apoyo directo.

Objetivo 4.1: Reforzar la fuerza laboral de especialistas de apoyo entre pares. Crear una fuerza laboral de especialistas de apoyo entre pares bien capacitada y utilizada, cuyo trabajo aproveche su experiencia vivida.

El apoyo entre pares es una parte fundamental de un sistema de salud conductual basado en evidencia y orientado a la recuperación, y puede ayudar a las personas a recuperarse y a participar más en sus comunidades. Sin embargo, en Carolina del Norte, solo el 39 % de los CPSS están actualmente empleados como CPSS y casi una cuarta parte (23 %) de los CPSS están buscando empleo.⁹⁰ Además, muchos de los CPSS actualmente empleados no están prestando servicios de una manera que vaya de acuerdo con su experiencia y conocimientos vividos (p. ej., trabajan en funciones administrativas en lugar de brindar cuidados a personas), lo que indica que existen oportunidades para involucrar mejor a este segmento clave de la fuerza laboral.

Objetivo 4.2: Reforzar la fuerza laboral de profesionales de apoyo directo. Crear una fuerza laboral de profesionales de apoyo directo debidamente capacitada y respaldada.

En todo el país sigue habiendo una escasez de profesionales de apoyo directo (DSP), y el 83 % de los proveedores de servicios para personas con discapacidades de todo el país no aceptan nuevas remisiones debido a la insuficiencia de personal,⁹¹ además de tener una frecuente rotación de personal. Abordar la crisis de falta de profesionales de apoyo directo es una prioridad clave no solo en este plan estratégico, sino también en el Plan Olmstead de Carolina del Norte.^{92, 93} La División pondrá en marcha programas de capacitación estandarizados y oportunidades de promoción profesional que ayudarán a crear una fuerza laboral de DSP estable y de alta calidad.⁹⁴

Objetivo 4.3: Aumentar el número de proveedores con licencia. Aumentar el número de proveedores con licencia que se incorporan a la fuerza laboral pública.

Al igual que el resto del país, Carolina del Norte sufre una escasez de proveedores autorizados en todo el sistema público de tratamiento. Por ello, algunas personas que necesitan servicios no pueden

obtenerlos. El porcentaje de necesidades cubiertas por el personal de salud mental existente es solo del 13 %, frente a 28 % en todos los Estados Unidos y se necesitan 221 proveedores más para eliminar las designaciones de HPSA en el estado.⁹⁵ La fuerza laboral de salud conductual existente en Carolina del Norte también ha citado la escasez de personal como una barrera clave para conseguir que más personas accedan a los servicios.⁹⁶

Objetivo 4.4: Aumentar la ayuda para los proveedores sin licencia. Aumentar las capacitaciones y el apoyo para los profesionales sin licencia que atienden a los usuarios del sistema público.

Los proveedores del sistema público atienden a personas con necesidades complejas e individuales. Es necesario capacitar a los proveedores para que atiendan dichas necesidades, sobre todo teniendo en cuenta las altas tasas de diagnósticos concurrentes. Hasta el 40 % de las personas con I/DD sufren de una enfermedad mental concurrente.⁹⁷ Además, en una encuesta de los familiares de personas con enfermedades mentales graves, uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas en Carolina del Norte, los encuestados clasificaron la falta de personal adecuado y bien capacitado como una de sus principales preocupaciones.⁹⁸

Algunos servicios también están muy regulados —como los servicios de uso de sustancias— y los proveedores necesitan apoyos para garantizar que puedan ofrecer servicios de calidad de acuerdo con los requisitos federales y estatales.



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Número de becas concedidas por la DMH/DD/SUS para programas de capacitación de profesionales de apoyo directo.	↑
Número de becas concedidas por la DMH/DD/SUS para los programas de capacitación de especialistas de apoyo entre pares.	↑
Rotación de profesionales de apoyo directo comparada con la base histórica de proveedores que reciben incentivos de retención y contratación.	↓
Número de CPSS que trabajan como especialistas de apoyo entre pares.	↑

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Certificación para especialistas de apoyo entre pares (CPSS):** apoyar el desarrollo de un plan de estudios de certificación único, gratuito o de bajo costo, con un examen, para los CPSS, con cursos complementarios para entornos de atención y poblaciones especiales (como personas con I/DD, adultos mayores y personas con problemas con la justicia). Dar prioridad a la contratación de los 4000 CPSS ya capacitados y crear oportunidades de promoción profesional para ellos, incluida una definición de supervisores de apoyo entre pares, que requiera experiencia vivida.
- **Plan para la fuerza laboral de profesionales de apoyo directo (DSP):** implementar el Plan para la Fuerza Laboral de DSP⁹⁹ y seguir apoyando el desarrollo de una ruta profesional para los DSP, incluida la certificación para garantizar una fuerza laboral constante y de alta calidad. Entre las acciones prioritarias figuran colaborar con el sistema de universidades comunitarias para desarrollar un plan de estudios centrado en los DSP; conceder subvenciones para las agencias de contratación y retención de personal, con la puesta en marcha de un directorio para que sea más fácil emparejar a los DSP con los beneficiarios; y mejorar el pago de los DSP.
- **Certificación de profesionales calificados (QP, por sus siglas en inglés) en colaboración con el sistema de universidades comunitarias de Carolina del Norte:** abogar por la actualización de las reglas de certificación de los QP de Carolina del Norte y colaborar con el sistema universitario para desarrollar un programa de reclutamiento y un plan de estudios de competencias básicas específicamente enfocados a este fin. Desarrollar programas estandarizados de capacitación en temas de salud mental y uso de sustancias específicamente adaptados a las necesidades de la fuerza laboral y de los programas de la División de aprendizaje práctico y trabajos temporales para preparar mejor a los QP para las exigencias de sus puestos de trabajo.
- **Consolidar los programas de “capacitación” de toda la DMH/DD/SUS:** crear uno o más centros de excelencia que ofrezcan capacitación gratuita, asistencia técnica, apoyo integral en pasantías (p. ej., revisión de roles y responsabilidades, y determinar qué apoyos son necesarios para una mayor eficiencia y prestación de servicios), información sobre pasantías basadas en evidencia, oportunidades de conexiones entre pares y programas de tutoría para apoyar al personal de todo el estado. Los centros incluirán a las poblaciones que la DMH/DD/SUS atiende, y apoyarán a los trabajadores relacionados con las discapacidades intelectuales/del desarrollo, las lesiones cerebrales traumáticas, la salud mental y trastornos por uso de sustancias. En el último presupuesto se adjudicaron fondos para financiar estos centros.
- **Crear infraestructuras estatales y supervisión de programas de abordaje de crisis y de primera respuesta:** garantizar que el contenido y el plan de estudios de los cursos de capacitación sobre crisis impartidos en todo el estado sean consistentes: capacitación de equipos de intervención en situaciones de crisis; capacitación en técnicas de intervención en casos de suicidio; preguntar, persuadir y derivar; y primeros auxilios en casos de salud mental.

Enfoque hacia el futuro

- **Incentivos y compromisos para profesionales con licencia:** aliarse con proveedores para eliminar las barreras que dificultan su participación en la red pública y explorar programas como becas, ayudas para matrículas, asistencia técnica para contratación y/o cumplimiento y otros apoyos (p. ej., asesoramiento, supervisión y programas para abordar el desgaste profesional).

Prioridad 5: Reforzar el sistema de abordaje de crisis

Ahora los servicios de abordaje de crisis son más importantes que nunca. A nivel nacional, las tasas de depresión y ansiedad han aumentado drásticamente y, en Carolina del Norte, la tasa de suicidios juveniles se ha duplicado.¹⁰⁰ Las personas —entre ellas numerosos niños cada mes— que sufren crisis de salud mental y de otros tipos siguen yendo a las salas de emergencia porque sienten que no hay otro lugar al que acudir.¹⁰¹

Los servicios de crisis de salud mental pueden actuar como punto de entrada a otros servicios de salud mental, uso de sustancias, discapacidades intelectuales y del desarrollo, y lesiones cerebrales traumáticas, incluso para poblaciones con necesidades concurrentes.¹⁰² Carolina del Norte debe contar con un proceso robusto de atención continua en casos de crisis que satisfaga las necesidades de las personas en situaciones de crisis de manera oportuna y efectiva, lo que incluye garantizar que las personas sepan qué servicios están disponibles y a quién llamar para recibirlos, capacitar debidamente al personal para disminuir la tensión de manera efectiva en situaciones de crisis, y garantizar que el sistema tenga suficiente capacidad para que cada persona tenga un lugar seguro al que acudir, independientemente de su ubicación geográfica o necesidades específicas. El sistema de abordaje de crisis debe ser capaz de atender a poblaciones especiales, como a las personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas, que pudieran tener necesidades únicas en momentos de crisis. Para alcanzar esta visión perseguiremos los siguientes objetivos para reforzar el sistema estatal de abordaje de crisis.

Objetivo 5.1: Conectar a las personas con cuidados en casos de crisis. Conectar a las personas con los servicios de gestión de crisis apropiados y facilitar las transferencias sin complicaciones.

El 988, una línea a nivel nacional para situaciones de crisis, es un punto de entrada único al sistema para que las personas reciban servicios cuando se encuentren en una situación de crisis.¹⁰³ Aunque Carolina del Norte ha visto una mayor utilización del servicio 988 en comparación con otros estados, el volumen de llamadas aumentó mínimamente durante el 2023, en general, rondando las 8000 llamadas al mes.¹⁰⁴ En todo el país el grado de conocimiento del 988 es bajo y quienes lo conocen son desproporcionadamente blancos con ingresos más altos y una educación más avanzada.¹⁰⁵ Al promover el uso de la Línea 988 en todo el estado podemos crear una mejor puerta de entrada a los servicios de crisis para las personas necesitadas y ofrecerles un enlace sin problema a los apoyos.

Objetivo 5.2: Aumentar la prestación oportuna de cuidados móviles en caso de crisis. Garantizar cuidados oportunos y de calidad en la comunidad en casos de crisis, y conectar a las personas con el nivel de cuidados apropiado.

Aunque existen equipos móviles de respuesta ante crisis en todo el estado, es necesaria una mayor inversión para garantizar que las personas reciban atención en su comunidad de manera oportuna.¹⁰⁶ En la actualidad, el tiempo promedio de respuesta de los servicios de los equipos móviles de respuesta ante crisis es de dos horas.¹⁰⁷ En su lugar, muchas personas optan por ir a las salas de emergencia que no están tan bien equipadas para atender a las personas que sufren una crisis de salud conductual y se puede retrasar el tiempo necesario para que alguien reciba el tratamiento apropiado.

Objetivo 5.3: Aumentar el uso de instalaciones comunitarias en casos de crisis. Aumentar el uso de centros comunitarios en casos de crisis de salud conductual como alternativa a los niveles superiores de cuidados.

Es necesario garantizar que las personas reciban cuidados en el entorno apropiado para asegurar que los cuidados sean efectivos. En un día cualquiera, según datos internos del Departamento, hay

aproximadamente 300 personas retenidas en las salas de emergencias de todo el estado, lo que indica la baja capacidad que existe en los centros apropiados. En el 2022 los hospitales psiquiátricos del estado tenían una tasa promedio de vacantes de personal del 23 %, y en octubre del 2023 el tiempo de espera para una cama en estas instituciones era de alrededor de 16 días.^{108, 109} A diferencia de los niveles superiores de cuidados, los centros de abordaje de crisis pueden tener una mayor mezcla de personal de nivel medio y bajo que brinda apoyos dedicados a la recuperación, lo que permite una mayor reserva de recursos de personal, mejora la eficiencia del servicio, reduce los costos y ayuda a las personas a volver a casa en un tiempo más corto.¹¹⁰



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Número de llamadas a la Línea 988.	↑
Número de visitas de respuesta a crisis financiadas por Medicaid o DMH/DD/SUS (equipo móvil de respuesta ante crisis, Respuesta móvil de divulgación, intervención y estabilización [MORES, por sus siglas en inglés]).	↑
Número de personas atendidas en un FBC o BHUC.	↑
Número promedio diario de personas con necesidades de salud mental retenidas en una sala de emergencias.	↓
Número de niños con necesidades de salud mental con Medicaid retenidos en una sala de emergencias o internados en la oficina de la División de Servicios Sociales (DSS).	↓

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **“Crisis to Care”**: crear una campaña de educación pública que promueva las opciones de dónde recibir servicios para abordar las crisis de manera que los habitantes de Carolina del Norte, incluidas las personas con discapacidades I/DD, TBI y afecciones concurrentes, sepan cómo y dónde acceder a los servicios cuando estén en crisis.
- **Invertir en servicios para el abordaje de crisis de alta calidad en todo el estado de forma financieramente sostenible:**

aumentar la financiación de los programas para equipar con personal a todos los servicios y hacer frente a los retos de capacidad.

- **BHUC**: financiar nuevos centros BHUC en todo el estado con los fondos adjudicados en el más reciente presupuesto.
- **FBC**: financiar camas adicionales para personas con I/DD, TBI, SUD y enfermedades concurrentes en los FBC a través de los fondos previstos en el más reciente presupuesto. Aumentar el número de FBC con capacidad para iniciar el tratamiento de buprenorfina en personas que consumen opioides, con conexiones a la atención continua.
- **Gestión de cuidados móviles para el abordaje de crisis**: financiar nuevos equipos móviles de respuesta ante crisis en todo el estado, con especial atención a las zonas con grandes necesidades (p. ej., rurales), a través de los fondos previstos en el más reciente presupuesto. Trabajar con la División de Beneficios de Salud para publicar una política revisada de la cobertura de cuidados clínicos móviles para el abordaje de crisis que actualice los tipos de profesionales con licencia que deben incluirse en los equipos móviles de respuesta ante crisis.
- **MORES**: financiar nuevos equipos MORES, con especial atención a las zonas con grandes necesidades (p. ej., rurales), a través de los fondos previstos en el más reciente presupuesto.
- **Expansión de la Línea 988 para casos de suicidio y crisis:**
 - Crear herramientas para enviar personal y dar citas de inmediato.
 - Integrar la Línea 988, la del Plan Estándar y la de llamadas de crisis de LME/MCO en un único punto de entrada consolidado.
 - Trabajar con los socios para apoyar la integración de los sistemas de la Línea 988 y del 911 a nivel local.
 - Capacitar a los proveedores y al personal en la prestación de atención culturalmente relevante a la raza, etnia, sexo, identidad y expresión de género, orientación sexual, edad, origen nacional, estatus socioeconómico, religión, capacidad, cultura y experiencia de cada persona.
- **Expandir la línea de especialistas de apoyo entre pares**: apoyar mediante capacitación, educación y oportunidades de desarrollo profesional a los especialistas de apoyo entre pares que atienden las llamadas dirigidas a “Peer

Warmline” y desempeñan un papel activo en la prestación de todos los servicios en casos de crisis.

- **Expansión del Navegador central de disponibilidad de servicios estatales de salud conductual (BH SCAN) en todo el estado:** activar un sistema centralizado de envío y seguimiento de respuestas móviles ante crisis. Seguir incorporando nuevas instalaciones al sistema. Implementar el seguimiento de camas en tiempo real en todo el estado.
- **Servicios de crisis para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo:** la División trata de mejorar la forma en que los equipos y los centros de crisis atienden a las personas con I/DD y cómo estos servicios y apoyos pueden reforzarse.
- **Expansión de los modelos de respuesta conjunta:** aumentar la financiación de los modelos de respuesta conjunta y mejorar su visibilidad para garantizar que los miembros de la comunidad los usen fácilmente.

Enfoque hacia el futuro

- **Proyecto Piloto de Transporte No Policial:** muchas personas que sufren una crisis de salud mental acuden a la sala de emergencia, que no siempre es el nivel de atención apropiado. Para garantizar el traslado a un nivel de atención apropiado, las personas son sometidas a internamiento involuntario, incluso aunque estén dispuestas a recibir tratamiento voluntariamente. El Proyecto Piloto de Transporte No Policial ofrecerá una alternativa al uso de la policía para el traslado, lo que hará que las personas reciban el nivel apropiado de cuidados de manera menos traumatizante y más rápida.
- **Servicios de emergencias psiquiátricas, y unidades de Evaluación, Tratamiento y Recuperación de Emergencias Psiquiátricas (EmPATH, por sus siglas en inglés):** los servicios de emergencias psiquiátricas ofrecen un espacio dedicado a las personas con una emergencia psiquiátrica en un espacio distinto y separado de la sala de emergencias general de un hospital que trata todo tipo de afecciones. Las unidades EmPATH hacen intervenciones de emergencia para pacientes de salud mental, trasladándolos de los agitados servicios de emergencias a un entorno tranquilo y terapéutico. Como resultado, la agitación y la agresividad del paciente se reducen drásticamente y la necesidad de intervenciones forzadas como el uso involuntario de medicamentos y restricciones físicas se reduce casi a cero. La División estudiará la incorporación de servicios de emergencias psiquiátricas y de las unidades EmPATH al sistema estatal de cuidados de crisis.
- **Intervenciones contra el suicidio:** integrar la función de un coordinador de prevención del suicidio en la DMH/DD/SUS para aumentar los programas de educación, la prevención, el seguimiento y los apoyos familiares y/o comunitarios.
- **Revisión del internamiento involuntario:** rediseñar las políticas y procedimientos de internamiento involuntario de manera que hagan hincapié en la eficacia terapéutica y la elección por parte del beneficiario.

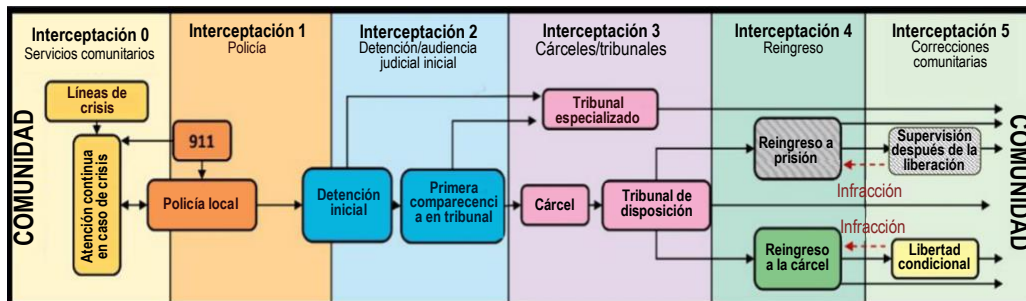
Prioridad 6: Ampliar los servicios para las personas en el sistema judicial

En comparación con la población general, un número desproporcionado de jóvenes y adultos implicados en procesos judiciales —definidos como personas que tienen una asociación formal con el sistema de justicia— sufren enfermedades mentales graves o uso de sustancias.^{111, 112} Cabe destacar que en Carolina del Norte:

- El 60 % de las personas encarceladas declararon síntomas de un problema de salud mental en los 12 meses anteriores.
- El 83 % de las personas encarceladas con enfermedades mentales no recibieron atención de salud mental tras su encarcelamiento.
- El 68 % de las personas encarceladas tienen antecedentes de uso de drogas o alcohol.
- En comparación con la población general de Carolina del Norte, en las dos primeras semanas tras su salida de prisión, las personas anteriormente encarceladas tienen 46.6 veces más probabilidades de morir por sobredosis de opioides.¹¹³

Utilizamos el *modelo de interceptación secuencial* (SIM, por sus siglas en inglés) para organizar servicios y ayudas para las personas que pudieran entrar en contacto con el sistema judicial.

Figura 1. Modelo de interceptación secuencial (SIM)



La figura 1 detalla cómo las personas con trastornos mentales, trastornos por uso de sustancias, discapacidad intelectual/ del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas entran en contacto con el sistema de justicia penal y se mueven a través de él. También ayuda a las comunidades a identificar recursos y carencias de servicios en cada interceptación y a desarrollar planes de acción estratégicos locales. Hemos identificado objetivos asociados a las interceptaciones con la esperanza de mejorar el acceso a alternativas al encarcelamiento y apoyos que ayuden a mantener la estabilidad en el momento de la reinserción en la comunidad.

Objetivo 6.1: Aumentar la participación en programas de evasión y desvío (interceptaciones 0-2). Aumentar los vínculos de las personas con necesidades de salud mental, SUD, I/DD o TBI con los cuidados y servicios basados en evidencia para ofrecer una alternativa al encarcelamiento.

Es esencial garantizar que las personas con trastornos mentales, por uso de sustancias, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas puedan acceder a los servicios antes de llegar al punto de entrar en contacto con la policía y el posible encarcelamiento. Cuantos más servicios y apoyos preventivos y sólidos Carolina del Norte pueda poner a disposición, incluida la integración de apoyos en los procesos rutinarios de la policía y del sistema judicial, más personas

recibirán las intervenciones que necesitan y se evitarán episodios innecesarios y a menudo perjudiciales. Nos enfocaremos en ampliar los programas de ámbito comunitario que trabajan junto a la policía para garantizar que las personas que necesitan cuidados sean rápidamente asignadas a los servicios necesarios en lugar de ser arrestadas.

Objetivo 6.2: Aumentar el éxito de la reinserción comunitaria (interceptación 4).

Garantizar el éxito de la reinserción en la comunidad de las personas implicadas en procesos judiciales con una gama de necesidades.

Partiendo de los ya existentes, mejoraremos los servicios y programas a disposición de las personas que abandonan el sistema judicial y se reincorporan a la sociedad para que puedan reintegrarse mejor y permanecer fuera del sistema. Los programas actuales, como la *iniciativa de coordinación de los cuidados para personas con enfermedades mentales graves* del Departamento de Correccionales para Adultos (DAC-SMI, por sus siglas en inglés), el Programa NC FIT Wellness, el *modelo de clínica de transiciones* y la *iniciativa de reingreso y reintegración en la justicia* seguirán siendo fundamentales para nuestro trabajo, aunque pretendemos ampliar aún más la extensión y profundidad de los servicios para quienes los necesitan.

Objetivo 6.3: Aumentar el uso de programas basados en evidencia para jóvenes implicados en procesos judiciales (intercepciones 0-5). Aumentar el uso de programas basados en evidencia para jóvenes implicados en procesos judiciales.

Los jóvenes y adolescentes necesitan servicios especializados que los atiendan en cada punto del modelo de interceptación secuencial (SIM), desde los servicios de referidos comunitarios hasta la reinserción a la sociedad. Nos comprometemos a desarrollar el tipo de programas y ayudas a la medida, así como las alianzas con las organizaciones comunitarias necesarias para atender a los niños y adolescentes de acuerdo con sus necesidades y garantizar la disponibilidad de los servicios.

Objetivo 6.4: Aumentar el acceso al restablecimiento de la capacidad jurídica (interceptación 3). Aumentar la capacidad y el uso de programas piloto de restablecimiento de la capacidad jurídica en la cárcel y la comunidad.

Las personas consideradas incapaces reciben servicios que les devuelven la capacidad de comprender los procedimientos judiciales y avanzar en el sistema de justicia. Hasta hace poco, solo los hospitales estatales ofrecían estos servicios a pesar de que el número de personas que los necesitan ha aumentado, lo que ha desbordado a los hospitales estatales. Los programas de restablecimiento de la capacidad jurídica ofrecen una alternativa a los hospitales estatales. Estos programas ofrecen mayor acceso a los cuidados para esta población y reducen tanto los tiempos de espera en los hospitales estatales como el tiempo de detención. Los datos de un proyecto piloto de restablecimiento de la capacidad jurídica desde la cárcel en el condado de Mecklenburg arrojan un tiempo medio de restablecimiento de la capacidad jurídica de 43 días, frente a los más de 180 días de los hospitales estatales.¹¹⁴



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Número de personas con necesidades de salud mental o uso de sustancias atendidas por un programa de evasión o desvío.	↑
Número de personas con necesidades de salud mental o uso de sustancias atendidas por un programa de reinserción.	↑
Número de jóvenes implicados en procesos judiciales que reciben servicios de evasión y/o desviación basados en evidencia, tratamiento o reinserción.	↑
Número de personas que reciben servicios de restablecimiento de la capacidad jurídica en la cárcel y en la comunidad.	↑

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Ampliar el desvío asistido por la policía:** ampliar el programa de desvío a todos los condados y mejorar las asociaciones entre la policía, los condados y los proveedores de salud conductual.
- **Inversión en programas de apoyo a personas con enfermedades mentales graves:**
 - Añadir nuevo personal de tratamiento comunitario asertivo forense (FACT, por sus siglas en inglés) vinculados a tribunales de recuperación y/o programas piloto de restablecimiento de la capacidad que trabajen con los equipos ACT existentes. Los equipos FACT atienden a personas con enfermedades mentales graves implicadas en procesos judiciales y ofrecen gestión de los cuidados, tratamiento psiquiátrico individualizado y servicios sociales para abordar las necesidades inmediatas y mejorar la estabilización.
 - Ampliar la fuerza laboral del Programa de Reinserción DAC-SMI para que pueda atender a más personas y ofrecer viviendas de transición.
 - Expandir el Programa NC FIT Wellness, el cual forma parte del Programa FIT de Carolina del Norte que brinda atención psiquiátrica y de salud física, y conexiones con apoyos comunitarios a las personas con una enfermedad mental grave que salen del sistema de prisiones estatales.
- **Vivienda de transición y empleo:** ampliar la capacidad de los proveedores de viviendas de transición y empleo para personas con enfermedades mentales graves y uso de sustancias mediante el financiamiento de camas adicionales, personal y servicios de tratamiento.
- **Invertir en programas de apoyo a personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas:** invertir y ampliar el programa de reincorporación dirigido por la Alianza de Defensores de las Personas con Discapacidades de Carolina del Norte, que apoya la creación de planes de reinserción individualizados para personas con I/DD o TBI. La División también expandirá su oferta de apoyo para viviendas de transición a personas con I/DD o TBI que se reincorporan a la comunidad.
- **Equipos de Salud Conductual de Justicia Juvenil (JJBH, por sus siglas en inglés):** aumentar la calidad y la constancia en los programas de salud conductual para jóvenes implicados en el sistema de justicia juvenil. Invertir en la mejora de la detección, la evaluación, la coordinación de los cuidados y los servicios de tratamiento para los jóvenes implicados en procesos judiciales en todo el estado a través de la red existente de equipos de Salud Conductual de Justicia Juvenil.
- **Colaborar y apoyar a los socios del sistema judicial:** brindar información, educación y capacitación dirigidas a las necesidades de los socios del sistema de justicia (p. ej., personal de centros penitenciarios, jefes y agentes de policía, funcionarios judiciales) sobre cómo satisfacer las necesidades de las diferentes poblaciones con problemas de salud conductual, discapacidades intelectuales/del desarrollo y lesiones cerebrales traumáticas. Educar a la policía y a los funcionarios judiciales sobre los servicios disponibles y cómo pueden conectar las personas con dichos servicios.

Enfoque hacia el futuro

- **Responsabilidad en el Tratamiento para Comunidades más Seguras (TASC, por sus siglas en inglés):** financiar y dar apoyo adicional a las cárceles para desarrollar el Programa TASC y reforzar su relación con los servicios de Tailored Care Management (Gestión de cuidados personalizados).
- **Iniciar el Programa de Especialistas de Apoyo entre Pares para la Reinserción de Personas con Necesidades Especiales:** definir el papel de los especialistas de apoyo entre pares en los programas de reinserción para personas con necesidades especiales o procedentes de comunidades marginadas.

Prioridad 7: Ampliar los servicios comunitarios y de recuperación

En julio del 2023 el 5.4 % de los adultos (1 de cada 18.5) en Carolina del Norte sufrían de enfermedades mentales graves y el 12 % de los niños y adolescentes (1 de cada 8) sufrían trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés).¹¹⁵ Se estimó que el 15.6 % de los adultos y jóvenes mayores de 12 años (1 de cada 6) en Carolina del Norte sufrían por uso de sustancias (945,363 personas). Además, las personas con enfermedades mentales graves a menudo mueren entre 10 y 20 años antes que la población general debido tanto a causas no naturales como un mayor riesgo de padecer algunas afecciones físicas.^{116,117} Los servicios y apoyos comunitarios apropiados protegen contra la mortalidad relacionada con las enfermedades mentales graves y estamos comprometidos con la expansión de los servicios basados en evidencia para mejorar los impactos de las enfermedades mentales en adolescentes y adultos.

Para muchos habitantes de Carolina del Norte con importantes necesidades de salud conductual, el tratamiento comunitario sigue estando fuera de su alcance. Como consecuencia de esta inaccesibilidad al tratamiento, niños, jóvenes y adultos con necesidades importantes buscan tratamiento psiquiátrico en las salas de emergencia, son encarcelados o se quedan sin hogar. El número de niños y jóvenes con diagnósticos relacionados con la salud mental o el uso de sustancias ha aumentado significativamente en los últimos años.¹¹⁸

Objetivo 7.1: Aumentar los servicios de detección temprana y de recuperación. Promover la detección temprana y los servicios para prevenir las enfermedades mentales graves y el uso de sustancias.

La División prevé que sus inversiones para reforzar el uso de prácticas basadas en evidencia resultarán en una disminución en los cuidados hospitalarios y residenciales para personas con necesidades de salud conductual importantes. En particular, la División se enfocará en el acceso oportuno a los servicios para las personas que sufren un primer episodio de psicosis (FEP, por sus siglas en inglés), el periodo inicial tras la aparición de los síntomas psicóticos. Las personas con un FEP necesitan apoyo especializado lo antes posible para lograr la vida que desean.¹¹⁹

Objetivo 7.2: Incrementar los apoyos para la recuperación. Apoyar la expansión de los apoyos y servicios de recuperación para personas con enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias.

Alcanzar y mantener la recuperación es un esfuerzo continuo. Contar con los apoyos adecuados en las cuatro dimensiones de la recuperación —salud, hogar, propósito y comunidad— es fundamental, como lo es ver y trabajar con otras personas con experiencia vivida que han recorrido su propio camino de recuperación. Trabajaremos para ampliar los apoyos a la recuperación de las personas con necesidades de salud conductual y ayudar a más habitantes de Carolina del Norte a progresar en su camino hacia la recuperación, incluidos los servicios de apoyo entre pares, los recursos para obtener vivienda y el empleo con apoyo.

En todo el país se reconoce que las personas mejoran cuando cuentan con la ayuda y el apoyo de otros que han pasado por la misma situación. Los servicios dirigidos por especialistas de apoyo entre pares desempeñan un papel clave al colaborar con los servicios clínicos para ayudar a las personas en situaciones de crisis o que se están recuperando de una enfermedad mental o uso de sustancias. La DMH/DD/SUS se esforzará por trabajar con los expertos de la comunidad para construir un sistema sostenible de apoyos dirigidos por especialistas de apoyo entre pares.

Objetivo 7.3: Mejorar la calidad de las intervenciones residenciales para niños con necesidades complejas. Invertir en el acceso y la calidad durante todo el proceso de cuidados de los niños, y reducir la duración de las intervenciones residenciales.

Carolina del Norte garantizará que los niños, jóvenes y adultos con cualquier necesidad de salud conductual, incluidos aquellos con necesidades significativas, tengan acceso a cuidados en entornos menos restrictivos apropiados para satisfacer sus necesidades. Carolina del Norte reconoce que las personas con necesidades de salud conductual pueden requerir cuidados residenciales u hospitalarios cuando sea clínicamente apropiado para prepararlos para regresar a entornos comunitarios. Para lograr este objetivo, la DMH/DD/SUS trabajará en mejorar la habilidad de las instalaciones residenciales para evaluar y tratar las necesidades físicas, de salud mental y de uso de sustancias de una persona, así como los procesos y políticas de alta para conectar a los niños, jóvenes, adultos y sus familias con tratamiento en la comunidad, vivienda y apoyos sociales.

Separar a los niños de sus hogares para colocarlos en instituciones u hogares de acogida debe ser una opción de último recurso. Si bien hay situaciones en las que los niños deben ser colocados fuera de sus hogares para recibir un tratamiento más intensivo que el que se puede ofrecer en el hogar, demasiados niños —especialmente los afectados por trastornos concurrentes— en Carolina del Norte están siendo retirados de sus hogares debido a la inadecuada oferta de servicios comunitarios, lo que puede resultar en un mayor trauma para una población ya vulnerable. Para que más niños puedan quedarse en casa, se necesita una serie de cuidados comunitarios completos y de alta calidad. Además, los niños que requieren un mayor nivel de intervención, como intervenciones fuera del hogar, tienen derecho a una atención especializada de alta calidad orientada a la recuperación y que produzca resultados positivos para ellos y sus familias. La DMH/DD/SUS está trabajando para mejorar el entorno y la calidad de los cuidados de los niños en entornos residenciales, incluidos los centros residenciales de tratamiento psiquiátrico (PRTF, por sus siglas en inglés).



Medición del progreso:

Haremos seguimiento de los avances hacia estos objetivos con las siguientes mediciones:

Medición	Objetivo
Número de personas atendidas por centros de relevo, de acogida (<i>Living Room</i>) o de recuperación a cargo de especialistas de apoyo entre pares.	↑
Número de personas inscritas en un Programa de Primer Episodio de Psicosis (FEP).	↑
Número de personas que reciben un servicio en una casa club.	↑
Número de niños atendidos en un centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) fuera del estado	↓
Duración promedio de la estancia de los niños en los PRTF.	↓

Intervenciones específicas

A continuación, se enumeran las intervenciones específicas que la División llevará a cabo para alcanzar sus objetivos. Esto no debe considerarse una lista exhaustiva de todas las intervenciones que la DMH/DD/SUS pondrá en práctica.

- **Expansión de los centros de relevo, de acogida y de recuperación a cargo de especialistas de apoyo entre pares:** estos son programas voluntarios atendidos por especialistas certificados en apoyo entre pares (CPSS) que ofrecen apoyo de corta duración y con estadía a personas que sufren una crisis de salud conductual. Con el apoyo de una solicitud de aplicaciones anunciada en agosto del 2024¹²⁰, la División ampliará estos programas de centros de relevo, de acogida y de recuperación a cargo de especialistas de apoyo entre pares.
- **Expansión de programas FEP:** aumentar la concientización sobre los Programas de FEP y conectar a las personas que experimentan FEP, o síntomas prodrómicos, con los cuidados especializados coordinados para FEP.
- **Rediseño de los servicios residenciales infantiles:** mejorar los servicios residenciales de salud conductual infantil mediante el implementar un programa de mejora de la calidad, mantener los vínculos familiares mientras los niños están bajo tutela y reducir la duración del tratamiento residencial.

Enfoque hacia el futuro

- **Modernización de las casas club:** revitalizar, modernizar y financiar mejor las casas club, las cuales les ofrecen servicios comunitarios de rehabilitación psicosocial a personas con enfermedades mentales. Además de oportunidades para socializar y crear comunidad, las casas club ofrecen empleo, educación, desarrollo de habilidades, vivienda y servicios de bienestar.

Medición del progreso

La DMH/DD/SUS ha identificado las mediciones en la tabla 1 para hacer el seguimiento de los avances en los objetivos y prioridades descritos en el plan estratégico y reportará los resultados con regularidad. En la medida de lo posible, estas mediciones se estratificarán para mostrar los diferentes resultados para las distintas poblaciones, incluso por geografía (p. ej., urbana frente a rural), poblaciones históricamente marginadas, edad, etc. Muchas de estas mediciones ofrecen un resumen de los avances logrados en múltiples objetivos y áreas prioritarias.

Además de las mediciones descritas en la tabla 1, la DMH/DD/SUS también ha identificado mediciones adicionales sobre las que desarrollará la capacidad de reporte en los próximos años. Estas medidas captarán conceptos clave que no se miden actualmente, como el tiempo de espera para servicios en caso de crisis, la duración de la estancia en los PRTF y las tasas de uso de medicamentos para el tratamiento por uso de opioides (MOUD) de individuos con trastorno por uso de opioides (OUD).

Tabla 1. Mediciones del plan estratégico

	Medición	Objetivo	Prioridad relacionada						
			1	2	3	4	5	6	7
1	Porcentaje de personas que inician un tratamiento de salud mental.	↑	✓						
2	Porcentaje de personas que continúan el tratamiento de salud mental.	↑	✓						
3	Número de personas que utilizan cuidados colaborativos.	↑	✓						
4	Número de personas que reciben servicios en las CCBHC.	↑	✓						
5	Porcentaje de personas en la lista de espera de la NC Innovations Waiver (Exención por innovaciones de Carolina del Norte) que reciben un servicio basado en el hogar y la comunidad (HCBS) o de salud mental o por uso de sustancias financiado por el estado o por Medicaid.	↑		✓					
6	Porcentaje de servicios de soporte autorizados para la vida en la comunidad, las redes comunitarias, el empleo asistido y la vida cotidiana con apoyo.	↑		✓					
7	Número de personas que reciben un servicio para lesiones cerebrales traumáticas (exención de TBI o servicio para TBI financiado por el estado).	↑		✓					
8	Número de personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo en empleo asistido.	↑		✓					
9	Número de personas atendidas por OTP y por tratamiento contra los opioides en consultorios (OBOT).	↑			✓				
10	Número de personas atendidas por programas de recuperación para estudiantes universitarios (CRP) y centros comunitarios de recuperación.	↑			✓				
11	Porcentaje de menores de edad (13-17) que inician tratamiento para uso de sustancias.	↑			✓				
12	Porcentaje de adultos (mayores de 18) que inician tratamiento para uso de sustancias.	↑			✓				
13	Número de visitas a salas de emergencia por sobredosis con opioides.	↓			✓				
14	Número de becas concedidas por la DMH/DD/SUS para programas de capacitación para profesionales de apoyo directo.	↑				✓			
15	Número de becas concedidas por la DMH/DD/SUS para programas de capacitación de especialistas de apoyo entre pares.	↑				✓			

Medición	Objetivo	Prioridad relacionada							
		1	2	3	4	5	6	7	
16	Rotación de profesionales de apoyo directo comparada con la base histórica para los proveedores que reciben incentivos de retención y contratación.	↓				✓			
17	Número de CPSS que trabajan como especialistas de apoyo entre pares.	↑				✓			
18	Número de llamadas a la Línea 988.	↑					✓		
19	Número de visitas de respuesta a crisis financiadas por Medicaid o DMH/DD/SUS (equipo móvil de respuesta ante crisis, Respuesta móvil de divulgación, intervención y estabilización [MORES]).	↑					✓		
20	Número de personas atendidas por un FBC o BHUC.	↑					✓		
21	Número promedio diario de personas con necesidades de salud mental retenidas en un servicio de emergencias.	↓					✓		
22	Número de niños con Medicaid con necesidades de salud mental retenidos en un departamento de emergencia o internados en la oficina de la DSS.	↓					✓		
23	Número de personas con necesidades de salud mental o uso de sustancias atendidas por un programa de evasión o desvío.	↑						✓	
24	Número de personas con necesidades de salud mental o uso de sustancias atendidas por un programa de reinserción.	↑						✓	
25	Número de jóvenes implicados en procesos judiciales que reciben servicios de evasión y/o desviación basados en evidencia, tratamiento o reinserción.	↑						✓	
26	Número de personas que reciben servicios de restablecimiento de la capacidad jurídica en la cárcel y en la comunidad.	↑						✓	
27	Número de personas atendidas por centros de relevo, de acogida (<i>living room</i>) o de recuperación a cargo de especialistas de apoyo entre pares	↑							✓
28	Número de personas inscritas en un Programa de Primer Episodio de Psicosis (FEP).	↑							✓
29	Número de personas que reciben un servicio en una casa club.	↑							✓
30	Número de niños atendidos en un centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) fuera del estado .	↓							✓
31	Duración promedio de la estancia de los niños en los PRTF.	↓							✓

Lista de siglas

Sigla	Definición
ACL	<i>Administration for Community Living</i> (Administración para la Vida Comunitaria)
AI/AN	<i>American Indian and Alaska Native</i> (Indígenas estadounidenses y nativos de Alaska)
AOD	<i>Alcohol and Other Drug</i> (Alcohol y otras drogas)
ASAM	<i>American Society of Addiction Medicine</i> (Sociedad Americana de Medicina de Adicciones)
BH SCAN	<i>Behavioral Health Statewide Central Availability Navigator</i> (Navegador central de disponibilidad de servicios estatales de salud conductual)
BHUC	<i>Behavioral Health Urgent Care</i> (Cuidados Urgentes de Salud Conductual)
CCBHC	<i>Certified Community Behavioral Health Clinic</i> (clínica comunitaria de salud mental certificada)
CIE	<i>Competitive Integrated Employment</i> (empleo integrado competitivo)
CPSS	<i>Certified Peer Support Specialist(s)</i> (especialistas certificados de apoyo entre pares)
CRP	Collegiate Recovery Program (Programa de Recuperación para Estudiantes Universitarios)
DAC	<i>Department of Adult Correction</i> (Departamento de Correccionales para Adultos)
DHB	<i>Division of Health Benefits</i> (División de Beneficios de Salud)
DHHS	<i>Department of Health and Human Services</i> (Departamento de Salud y Servicios Humanos)
DMH/DD/SUS	<i>Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Use Services</i> (División de Servicios de Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Uso de Sustancias)
DPI	<i>Department of Public Instruction</i> (Departamento de Instrucción Pública)
DSP	<i>Direct Support Professional</i> (profesional de apoyo directo)
DSS	<i>Division of Social Services</i> (División de Servicios Sociales)
DVRS	<i>Division of Vocational Rehabilitation Services</i> (División de Servicios de Rehabilitación Vocacional)
ED	<i>Emergency Department</i> (sala de emergencias)
FACT	<i>Forensic Assertive Community Treatment</i> (tratamiento comunitario asertivo forense)
FBC	<i>Facility Based Crisis Center</i> (instituciones para situaciones de crisis)

Sigla	Definición
FEP	<i>First Episode Psychosis</i> (primer episodio de psicosis)
HCBS	<i>Home and Community Based Services</i> (servicios basados en el hogar y la comunidad)
HPSA	<i>Health Professional Shortage Area</i> (zona con escasez de profesionales de la salud)
LME/MCO	<i>Local Management Entities/Managed Care Organization</i> (Entidades Locales de Administración / Organizaciones de Asistencia Administrada)
I/DD	Discapacidades intelectuales y del desarrollo
IPS	<i>Individual Placement and Support</i> (Programa de Colocación Individual y Apoyo)
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i> (violencia de pareja)
LGBTQ+	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer or Questioning</i> (lesbiana, gay, bisexual, transexual, queer, cuestionando)
MAT	<i>Medication-Assisted Treatment</i> (tratamiento asistido con medicamentos)
MH BG	<i>Community Mental Health Block Grant</i> (Subvención colectiva para la salud mental de la comunidad)
MORES	<i>Mobile Outreach Response Engagement and Stabilization</i> (Respuesta móvil de divulgación, intervención y estabilización)
MOUD	<i>Medications for Opioid Use Disorder</i> (Medicamentos para el trastorno por uso de opioides)
NC	<i>North Carolina</i> (Carolina del Norte)
NC FIT	<i>North Carolina Formerly Incarcerated Transition</i> (Transición de personas anteriormente encarceladas de Carolina del Norte)
NCI	<i>National Core Indicators</i> (indicadores básicos nacionales)
OBOT	<i>Office-Based Opioid Treatment</i> (tratamiento contra los opioides en consultorios)
OTP	<i>Opioid Treatment Program</i> (Programa de tratamiento contra los opioides)
ODU	<i>Opioid Use Disorder</i> (trastorno por uso de opioides)
PRTF	<i>Psychiatric Residential Treatment Facility</i> (centro de tratamiento residencial psiquiátrico)
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i> (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental)

Sigla	Definición
SED	<i>Serious Emotional Disturbance</i> (trastorno emocional grave)
SIM	Modelo de interceptación secuencial
SMI	<i>Serious Mental Illness</i> (enfermedad mental grave)
SUD	<i>Substance Use Disorder</i> (trastorno por uso de sustancias)
SUPTRS BG	<i>Substance Use Prevention, Treatment and Recovery Services Block Grant</i> (Subvención colectiva para servicios de prevención, tratamiento y recuperación de los trastornos por uso de sustancias)
TCM	<i>Tailored Care Management</i> (Gestión de cuidados personalizados)
TBI	Traumatic Brain Injury (lesiones cerebrales traumáticas)

Participación de los socios

El personal de la DMH/DD/SUS se reunió con los siguientes socios comunitarios durante el desarrollo del Plan, quienes dieron sus comentarios de forma verbal y escrita:

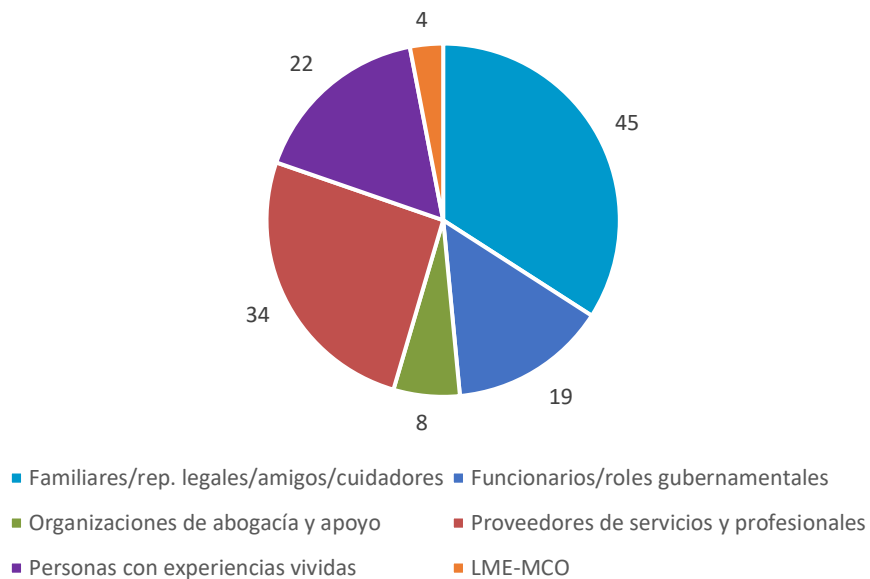
- Las personas con experiencia vivida.
- El Comité Consultivo Estatal de Consumidores y Familias.
- El liderazgo ejecutivo y clínico en nuestras LME/MCO.
- Los proveedores de tratamientos.
- El liderazgo ejecutivo de salud mental en hospitales.
- Los grupos de defensoría.

Les damos las gracias a todos los socios que aportaron sus perspectivas a lo largo del proceso de planificación estratégica, por sus comentarios durante las reuniones y por el tiempo que dedicaron a enviar sus comentarios por escrito. Este documento, y las actividades de nuestra División, mejoran con sus comentarios y perspectivas.

Comentarios del público

El periodo de comentarios del público para el plan estratégico estuvo abierto del 3 de junio al 17 de julio de 2024. Durante este tiempo, recibimos 132 comentarios y cartas de una gama de partes interesadas, entre ellas personas con experiencias vividas, proveedores de servicios, familiares y personas legalmente responsables, LME-MCO y representantes de organismos gubernamentales estatales. Nuestro equipo estudió detenidamente todos y cada uno de los comentarios, lo que dio lugar a revisiones de los objetivos, las iniciativas, las mediciones y las futuras áreas de interés. Varios comentarios públicos destacaron la necesidad de centrarse más en el acceso al tratamiento comunitario para las personas con enfermedades mentales, trastornos emocionales graves (SED) y uso de sustancias grave (SMI). En respuesta directa a estos comentarios hemos añadido una nueva área prioritaria, “Ampliar los servicios basados en la recuperación y la comunidad”. La DMH/DD/SUS agradece enormemente el compromiso y los aportes de todas las personas que dieron su opinión durante el período de comentarios públicos y espera continuar con esta relación a medida que consideremos futuras ediciones del plan.

Respuestas a los comentarios del público según su conexión con el sistema de salud mental de Carolina del Norte



Bibliografía

1. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health. *Leading Causes of Death in North Carolina*. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/interactive/query/lcd/lcd.cfm>
2. North Carolina Department of Health and Human Services. *Opioid and Substance Use Action Plan Data Dashboard*. <https://www.ncdhhs.gov/opioid-and-substance-use-action-plan-data-dashboard>
3. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits. *Innovations Waitlist Dashboard* (Data as of October 2023). <https://medicaid.ncdhhs.gov/reports/dashboards/innovations-waitlist-dashboard>
4. KFF. *Medicaid HCBS Waiver Waiting List Enrollment, by Target Population and Whether States Screen for Eligibility. Carolina Across 100 Initiative*. <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-hcbs-waiver-waiting-list-enrollment-by-target-population-and-whether-states-screen-for-eligibility/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22I%2FDD%22,%22sort%22:%22desc%22%7D>
5. Lombardi, B. & P. Lanier (October 2023). *Responding to North Carolina's Behavioral Health Workforce Crisis. Carolina Across 100 Initiative*. <https://carolinaacross100.unc.edu/responding-to-north-carolinas-behavioral-health-workforce-crisis/>
6. Administration for Community Living (August 2023). *ACL Awards \$2.9 Million for New Lifespan Respite Care Grants*. <https://acl.gov/news-and-events/announcements/acl-awards-29-million-new-lifespan-respite-care-grants>
7. North Carolina Department of Health and Human Services (June 2, 2022). *NCDHHS Announces Two Funding Opportunities to Address Behavioral Health in the Criminal Justice System*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2022/06/07/ncdhhs-announces-two-funding-opportunities-address-behavioral-health-criminal-justice-system>
8. North Carolina Department of Health and Human Services (June 13, 2022). *NCDHHS Announces Funds to Expand Treatment to Help Those with Opioid Use Disorder, 20 Sites Awarded Grants to Expand Services*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2022/06/13/ncdhhs-announces-funds-expand-treatment-help-those-opioid-use-disorder-20-sites-awarded-grants>
9. North Carolina Department of Health and Human Services (December 4, 2023). *New Performance Dashboard for the 988 Suicide and Crisis Lifeline*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/12/04/new-performance-dashboard-988-suicide-and-crisis-lifeline>
10. North Carolina Department of Health and Human Services (December 13, 2022). *NCDHHS Offers Behavioral Health Services to Defendants Deemed Incapable to Proceed at Mecklenburg County Detention Center*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2022/12/13/ncdhhs-offers-behavioral-health-services-defendants-deemed-incapable-proceed-mecklenburg-county>
11. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Use Services (January 19, 2023). *NC DHHS Announces Funds for Collegiate Recovery Programs to Support Students with Substance Use Disorders*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/01/19/ncdhhs-announces-funds-collegiate-recovery-programs-support-students-substance-use-disorders>
12. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Use Services (January 31, 2023). *NCDHHS Announces New Online Bed Registry to*

Decrease Wait Times for Behavioral Health Care. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/01/31/ncdhhs-announces-new-online-bed-registry-decrease-wait-times-behavioral-health-care>

13. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Use Services & Bamboo Health. *Navegador central de disponibilidad de servicios estatales de salud conductual de Carolina del Norte (BH SCAN) Preguntas frecuentes (FAQs).* <https://www.ncdhhs.gov/acrobat-document/download?attachment>

14. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Use Services (May 31, 2022). *NCDHHS Increases Access to Health Care Services; Five Community Behavioral Health Clinics Awarded Funds to Expand Community Services.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2022/05/31/ncdhhs-increases-access-health-care-services-five-community-behavioral-health-clinics-awarded-funds>

15. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits (June 30, 2023). *NC Medicaid Obtains Approval of the 1915(i) State Plan Amendment.* <https://medicaid.ncdhhs.gov/blog/2023/06/30/nc-medicaid-obtains-approval-1915i-state-plan-amendment>

16. North Carolina Department of Health and Human Services (September 20, 2023). *“Inclusion Works” Initiative Launches to Help People With Disabilities Gain Competitive Integrated Employment.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/09/20/inclusion-works-initiative-launches-help-people-disabilities-gain-competitive-integrated-employment>

17. North Carolina Department of Health and Human Services (August 3, 2023). *NCDHHS Partners With the North Carolina Council on Developmental Disabilities to Host Statewide Town Hall.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/08/03/ncdhhs-partners-north-carolina-council-developmental-disabilities-host-statewide-town-hall>

18. North Carolina Department of Health and Human Services (October 10, 2023). *On World Mental Health Day, NC Celebrates Historic \$835M Investment in Behavioral Health.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/10/10/world-mental-health-day-nc-celebrates-historic-835m-investment-behavioral-health>

19. North Carolina Department of Health and Human Services (March 2023). *Investing in Behavioral Health and Resilience: A comprehensive plan to strengthen North Carolina’s mental health and substance use disorder treatment system.* <https://www.ncdhhs.gov/investing-behavioral-health-and-resilience/download?attachment>

20. North Carolina Department of Health and Human Services (November 15, 2023). *Behavioral Health Reimbursement Rates Increased for the First Time in a Decade.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/11/15/behavioral-health-reimbursement-rates-increased-first-time-decade>

21. North Carolina Session Law 2023-134. <https://webservices.ncleg.gov/ViewBillDocument/2023/7321/0/H259-PCCS50044-MHxr-6>

22. North Carolina Department of Health and Human Services, (February 19, 2024). *NC Launches Additional Phone Support for People Experiencing Mental Illness or Substance Use Disorder.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/02/19/nc-launches-additional-phone-support-people-experiencing-mental-illness-or-substance-use-disorder>

23. North Carolina Department of Health and Human Services (April 8, 2024). *Investment in Strengthening North Carolina’s Behavioral Health Crisis Response System.* <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/04/08/investment-strengthening-north-carolinas-behavioral-health-crisis-response-system>

24. North Carolina Department of Health and Human Services (April 24, 2024). *NCDHHS Invests \$22*

Million in Community Crisis Centers and Peer Respite in North Carolina. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/04/24/ncdhhs-invests-22-million-community-crisis-centers-and-peer-respite-north-carolina>

25. North Carolina Department of Health and Human Services (May 7, 2024). *NCDHHS Pilots Mobile Crisis, Co-Responder Models for Behavioral Health Crisis Response*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/05/07/ncdhhs-pilots-mobile-crisis-co-responder-models-behavioral-health-crisis-response>

26. North Carolina Department of Health and Human Services (February 12, 2024). *NCDHHS Expands Investment in Reentry Services for People Involved in the Justice System*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/02/12/ncdhhs-expands-investment-reentry-services-people-involved-justice-system>

27. North Carolina Department of Health and Human Services (March 14, 2024). *New Inclusion Connects Initiative to Further Support People with Intellectual and Developmental Disabilities*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/03/14/new-inclusion-connects-initiative-further-support-people-intellectual-and-developmental-disabilities>

28. North Carolina Department of Health and Human Services (April 3, 2024). *2024-25 Olmstead Plan to Improve Choice, Community-Based Services for People with Disabilities*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/04/03/2024-25-olmstead-plan-improve-choice-community-based-services-people-disabilities>

29. North Carolina Department of Health and Human Services (June 26, 2024). *NCDHHS Launches Comprehensive Workforce Plan to Address Direct Support Professional Shortage*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/06/26/ncdhhs-launches-comprehensive-workforce-plan-address-direct-support-professional-shortage>

30. NC Tracks (June 27, 2024). NC Medicaid is launching Tailored Plans on July 1st. <https://www.nctracks.nc.gov/content/public/providers/provider-communications/2024-Announcements/NC-Medicaid-is-launching-Tailored-Plans-on-July-1st.html#:~:text=Starting%20July%201%2C%202024%2C%20NC,coverage%20to%20a%20Tailored%20Plan.>

31. North Carolina Department of Health and Human Services (August 15, 2024). *NCDHHS Announces*

\$4.5 Million in Grant Opportunities for Community-Based Mental Health Initiatives. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2024/08/15/ncdhhs-announces-45-million-grant-opportunities-community-based-mental-health-initiatives>

32. Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Human Services Policy. *What is Lived Experience?* <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/5840f2f3645ae485c268a2784e1132c5/What-Is-Lived-Experience.pdf>

33. Ibid.

34. North Carolina Department of Health and Human Services. *NC Department of Health and Human Services: 2021-2023 Strategic Plan*. <https://digital.ncdcr.gov/Documents/Detail/nc-department-of-health-and-human-services-2021-2023-strategic-plan/4911804>

35. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Diversity, Equity and Inclusion*. <https://www.cms.gov/about-cms/work-with-us/careers/diversity-equity-and-inclusion>

36. Menschner, C. & A. Maul. (April 2016). *Key Ingredients for Successful Trauma-Informed Care Implementation*. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/childrens_mental_health/atc-whitepaper-040616.pdf

37. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (February 2024). *2021-2022 NSDUH: Model-Based Estimated Prevalence for States*. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-2022-nsduh-state-prevalence-estimates>
38. Mental Health America (2023). *Access to Care Data 2023 (SAMHSA Data Survey 2019-2020)*. <https://mhanational.org/issues/2023/mental-health-america-access-care-data>
39. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (February 2024). *2021-2022 NSDUH: Model-Based Estimated Prevalence for States*. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-2022-nsduh-state-prevalence-estimates>
40. Ibid.
41. North Carolina Department of Health and Human Services, NC Injury and Violence Prevention Branch. *NC Violent Death Reporting System*. https://dashboards.ncdhhs.gov/t/DPH/views/NCVDRSDashboard/NC-VDRSDashboard?%3AshowAppBanner=false&%3Adisplay_count=n&%3AshowVizHome=n&%3Aorigin=viz_share_link&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y&%3Aembed=y
42. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health. *Leading Causes of Death in North Carolina*. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/interactive/query/lcd/lcd.cfm>
43. North Carolina Department of Health and Human Services, NC Injury and Violence Prevention Branch (August 24, 2022). *Veteran Suicide in North Carolina, 2016-2020*. <https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/DataSurveillance/VDRS/VeteranSuicide-2016-2020.pdf>
44. North Carolina Department of Health and Human Services, NC Injury and Violence Prevention Branch (January 17, 2023). *Suicide in Rural and Urban North Carolina, 2020*. <https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/DataSurveillance/VDRS/UrbanRural2020Facsheet.pdf>
45. North Carolina Department of Health and Human Services, NC Injury and Violence Prevention Branch. *Suicide and Self-Inflicted Injury Data*. <https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/DataSurveillance/SuicideData.htm>
46. Newell, V., Phillips, L., Jones, C. et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism* 14, 12 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>
47. Doctor, G. (October 19, 2021). *In NC and Elsewhere, Rates of Depression, Anxiety and Suicide Increase Among LGBTQ Youth*. WFAE. <https://www.wfae.org/race-equity/2021-10-19/in-nc-and-elsewhere-rates-of-depression-anxiety-and-suicide-increase-among-lgbtq-youth>
48. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health. *2020 BRFSS Survey Results: North Carolina Gambling*. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/brfss/2020/nc/risk/gambstat.html>
49. Winters, A. & A. Drain (2023). *More Than a Game: North Carolina Problem Gambling Program*. <https://www.ncdhhs.gov/documents/problem-gambling-awareness-2023/download?attachment>
50. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Recovery and Recovery Support*. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
51. Ibid.

52. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health (2022). *North Carolina Suicide Prevention Action Plan*. <https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/preventionResources/docs/CSP-ActionPlanFinal.pdf>
53. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Highlights for the 2022 National Survey on Drug Use and Health*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt42731/2022-nsduh-main-highlights.pdf>
54. Reinert, M, Fritze, D. & T. Nguyen (October 2022). *The State of Mental Health in America 2023*. Mental Health America. <https://mhanational.org/sites/default/files/2023-State-of-Mental-Health-in-America-Report.pdf>
55. KFF. *Mental Health in North Carolina*. <https://www.kff.org/statedata/mental-health-and-substance-use-state-fact-sheets/north-carolina/>
56. Rath JM, Perks SN, Vallone DM, Barton AA, Stephens DK, Simard B, Hair EC. *Educating Young Adults about Opioid Misuse: Evidence from a Mass Media Intervention*. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 21;19(1):22. doi: 10.3390/ijerph19010022
57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *2023 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) Releases*. <https://www.samhsa.gov/data/release/2023-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>.
58. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits. *Innovations Waitlist Dashboard (Data as of October 2023)*. <https://medicaid.ncdhhs.gov/reports/dashboards/innovations-waitlist-dashboard>
59. KFF. *Medicaid HCBS Waiver Waiting List Enrollment, by Target Population and Whether States Screen for Eligibility. Carolina Across 100 Initiative*. <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-hcbs-waiver-waiting-list-enrollment-by-target-population-and-whether-states-screen-for-eligibility/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%221%2FDD%22,%22sort%22:%22desc%22%7D>
60. North Carolina Department of Health and Human Services (December 20, 2021). *North Carolina's Olmstead Plan*. <https://www.ncdhhs.gov/508-compliant-north-carolina-olmstead-plan/open>
61. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits. *Behavioral Health I/DD Tailored Plan*. <https://medicaid.ncdhhs.gov/Behavioral-Health-I/DD%20Tailored-Plans>
62. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits (June 30, 2023). *NC Medicaid Obtains Approval of the 1915(i) State Plan Amendment*. <https://medicaid.ncdhhs.gov/blog/2023/06/30/nc-medicaid-obtains-approval-1915i-state-plan-amendment>
63. North Carolina General Assembly. *House Bill 259 / SL 2023-134*. <https://www.ncleg.gov/BillLookUp/2023/h259?emci=ddc1f20d-ed58-ee11-9937-00224832eb73&emdi=419eed16-7659-ee11-9937-00224832eb73&ceid=236613>
64. Carolina Across 64 Initiative. <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-hcbs-waiver-waiting-list-enrollment-by-target-population-and-whether-states-screen-for-eligibility/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B>

%22collid %22: %221 %2FDD %22, %22sort %22: %22desc %22 %7D. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits.

Innovations Waitlist Dashboard (Data as of October 2023).

65. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, People on Innovations Waitlist Receiving Any Medicaid or State BH/IDD Service (June 2023-Aug 2023).

<https://dashboards.ncdhhs.gov/t/DMHDDSAS/views/JenniferBowman/LMEMCODashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>

66. National Core Indicators. In Person Survey (IPS) *State Report: 2018-2019, North Carolina Report.*

https://legacy.nationalcoreindicators.org/upload/core-indicators/NC_IPS_state_508.pdf

67. Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services. *North Carolina State Action Plan for People with Traumatic Brain Injury (2023).*

<https://www.ncdhhs.gov/tbistateactionplan2023final/download?attachment>

68. Department of Health and Human Services, Division of Health Benefits. *NCI TBI Waiver – Frequently Asked Questions.* <https://medicaid.ncdhhs.gov/documents/providers/programs-services/mental-health/tbi-waiver-webinar-faq-nov-2020/download>

69. 56. North Carolina General Assembly. *House Bill 259 / SL 2023-134.*

<https://www.ncleg.gov/BillLookUp/2023/h259?emci=ddc1f20d-ed58-ee11-9937-00224832eb73&emdi=419eed16-7659-ee11-9937-00224832eb73&ceid=236613>

70. chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/<https://idd.nationalcoreindicators.org/wp-content/uploads/2024/02/NC-IPS-21-22-State-Report.pdf>

71. North Carolina Department of Health and Human Services. *Opioid and Substance Use Action Plan Data Dashboard.* <https://www.ncdhhs.gov/opioid-and-substance-use-action-plan-data-dashboard>

72. Ibid.

73. Centers for Disease Control and Prevention (August 2023). *Drug Overdose Deaths Remained High in 2021.*

<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db457.pdf>

74. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health. *IVP Branch: Overdose Data.* <https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/DataSurveillance/overdose.htm>

75. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health (June 2023). *Excessive Alcohol Use in North Carolina.*

<https://injuryfreenc.dph.ncdhhs.gov/DataSurveillance/pdf/ExcessiveAlcoholUseinNC-FactSheet.pdf>

76. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health. *Alcohol Data Dashboard.*

https://dashboards.ncdhhs.gov/t/DPH/views/AlcoholDashboard_2020Update_04042021/Story?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

77. North Carolina Department of Health and Human Services. *Combating North Carolina's Opioid Crisis.*

<https://www.ncdhhs.gov/about/department-initiatives/overdose-epidemic#:~:text=From%202000%2D2022%2C%20more%20than,straining%20prevention%20and%20treatment%20efforts.>

78. [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00055-9/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00055-9/fulltext). Feinstein, E. C., Richter, L., & Foster, S. E. (2012). *Addressing the Critical Health Problem of Adolescent Substance Use Through Health Care, Research, and*

Public Policy. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 50(5), 431–436.

79. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (July 2014). *Age of Substance Use Initiation among Treatment Admissions Aged 18 to 30*.

https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/WebFiles_TEDS_SR142_AgeatInit_07-10-14/TEDS-SR142-AgeatInit-2014.pdf

80. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (April 2023). *Substance Use Prevention, Treatment, and Recovery Services Block Grant*. <https://www.samhsa.gov/grants/block-grants/subg>

81. Ibid.

82. North Carolina Department of Health and Human Services. *Opioid and Substance Use Action Plan Data Dashboard*. <https://www.ncdhhs.gov/opioid-and-substance-use-action-plan-data-dashboard>

83. Ibid.

84. M.R., Garnett M.F., & Miniño A.M. (2022). *Urban–Rural Differences in Drug Overdose Death Rates, 2020*. NCHS Data Brief, no 440. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. DOI:

85. Donnelly-DeRoven, C. (June 2022). *Gaps in NC Addiction Treatment Disproportionately Hit Rural Residents of Color*. North Carolina Health News. <https://www.northcarolinahealthnews.org/2022/06/06/gaps-in-nc-addiction-treatment-disproportionately-hit-rural-residents-of-color/>

86. Ibid.

87. National Core Indicators. *State of the Workforce: 2022*. https://idd.nationalcoreindicators.org/wp-content/uploads/2024/02/ACCESSIBLE_2022NCI-IDDStateoftheWorkforceReport.pdf

88. The ARC North Carolina (August 2022). *Workforce Shortage Continues to Hurt People with Intellectual and Developmental Disabilities*. <https://www.arcnc.org/blog/workforce-shortage-continues-to-hurt-people-with-intellectual-and-developmental-disabilities>

89. North Carolina’s Certified Peer Support Specialist Program (February 2024). *NC CPSS Data*. <https://pss.unc.edu/data>

90. Ibid.

91. ANCOR (2022). *The State of America’s Direct Support Workforce Crisis 2022*. <https://www.ancor.org/wp-content/uploads/2022/10/The-State-of-Americas-Direct-Support-Workforce-Crisis-2022.pdf>

92. Technical Assistance Collaborative and the Human Services Research Institute (abril del 2021). *An Assessment of the North Carolina Department of Health and Human Services’ System of Services and Supports for Individuals with Disabilities*. <https://www.ncdhhs.gov/508-compliant-north-carolina-olmstead-assessment-report/download?attachment>

93. North Carolina Department of Health and Human Services (December 2021). *North Carolina’s Olmstead Plan*. <https://www.ncdhhs.gov/508-compliant-north-carolina-olmstead-plan/open>

94. North Carolina Department of Health and Human Services, Department of Health Benefits (November 2023). *NC Medicaid Innovations Waiver Provider Rate Increase*. <https://medicaid.ncdhhs.gov/blog/2023/11/22/nc-medicaid-innovations-waiver-provider-rate-increase>

95. KFF. *Mental Health in North Carolina*. <https://www.kff.org/statedata/mental-health-and-substance-use-state-fact-sheets/north-carolina/>
96. Addiction Professionals of North Carolina (March 2022). *State of North Carolina's Behavioral Health Workforce*. <https://apnc.org/wp-content/uploads/2022/04/APNC-Behavioral-Health-Frontline-Workforce-Survey.pdf>
97. The Arc (2019). *2018 Support Needs of People with I/DD and Co-Occurring Mental Health Challenges and their Families*. <http://thearc.org/wp-content/uploads/2019/07/FSRTC-Focus-Group-Brief-Final.pdf>
98. Technical Assistance Collaborative and the Human Services Research Institute (abril del 2021). *An Assessment of the North Carolina Department of Health and Human Services' System of Services and Supports for Individuals with Disabilities*. <https://www.ncdhhs.gov/508-compliant-north-carolina-olmstead-assessment-report/download?attachment>
99. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services (June 2024). *North Carolina Department of Health and Human Services: DMH/DD/SUS Direct Support Professional (DSP) Workforce Plan*. <https://www.ncdhhs.gov/dsp-workforce-plan/open>
100. North Carolina Department of Health and Human Services (March 2023). *Investing in Behavioral Health and Resilience: A Comprehensive Plan to Strengthen North Carolina's Mental Health and Substance Use Disorder Treatment System*. <https://www.ncdhhs.gov/investing-behavioral-health-and-resilience/download?attachment>
101. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services. *LME/MCO Dashboard*. <https://www.ncdhhs.gov/divisions/mental-health-developmental-disabilities-and-substance-use-services/reports>
102. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). *National Guidelines for Behavioral Health Crisis Care Best Practice Toolkit*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf>
103. Saunders, H. (2023). *Taking a Look at 988 Suicide & Crisis Lifeline Implementation One Year After Launch*. KFF. <https://www.kff.org/mental-health/issue-brief/taking-a-look-at-988-suicide-crisis-lifeline-implementation-one-year-after-launch/>
104. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services. *North Carolina 988 Performance Dashboard*. https://dashboards.ncdhhs.gov/t/DMHDDSAS/views/988PerformanceDashboard112022thru102023_17002346658920/988Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y
105. Velázquez, T. (Mayo del 2023). Most U.S. Adults Remain Unaware of 988 Suicide and Crisis Lifeline. *The Pew Charitable Trusts*. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2023/05/23/most-us-adults-remain-unaware-of-988-suicide-and-crisis-lifeline>
106. UNC School of Medicine (October 2023). *NC Maternal Mental Health MATTERS*. <https://www.med.unc.edu/ncmatters/2023/10/crisis-resources/>
107. Ibid.
108. <https://www.northcarolinahealthnews.org/2022/08/22/emergency-department-burden-shown-in-mental-health-data/>. Ibid.

109. Rappaport, B. (October 2023). *Crisis in Children’s Mental Health Takes a Heavy Toll in Rural Southeastern NC*. NC Newline <https://ncnewline.com/2023/10/23/crisis-in-childrens-mental-health-takes-a-heavy-toll-in-rural-southeastern-nc/>
110. ASPE Issue Brief (March 2021). *Crisis Services and the Behavioral Health Workforce*. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/aspe-files/265416/bhcrisisservib.pdf>
111. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2022). *About Criminal and Juvenile Justice*. <https://www.samhsa.gov/criminal-juvenile-justice/about>
112. Blodgett, J. C., Avoundjian, T., Finlay, A. K., Rosenthal, J., Asch, S. M., Maisel, N. C., & Midboe, A. M. (2015). *Prevalence of Mental Health Disorders Among Justice-Involved Veterans*. *Epidemiologic reviews*, 37, 163–176.
113. Ranapurwala SI, Figgatt MC, Remch M, Brown C, Brinkley-Rubinstein L, Rosen DL, Cox ME, Proescholdbell SK. *Opioid Overdose Deaths Among Formerly Incarcerated Persons and the General Population: Carolina del Norte, 2000–2018*. *Am J Public Health*. 2022 Feb;112(2):300-303. doi: 10.2105/AJPH.2021.306621. PMID: 35080937; PMCID: PMC8802580.
114. North Carolina Department of Health and Human Services. *NCDHHS Offers Community-Based Capacity Restoration Services to ITP Defendants in Mecklenburg, Wake and Cumberland Counties*. <https://www.ncdhhs.gov/news/press-releases/2023/04/06/ncdhhs-offers-community-based-capacity-restoration-services-itp-defendants-mecklenburg-wake-and>
115. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services (April 2024). *Standard Data Points*. <https://www.ncdhhs.gov/standard-data-points-2024-04-01/download?attachment>
116. Thornicroft G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(6), 441–442. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>
117. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, Thapa-Chhetri N, Fornaro M, Gallicchio D, Collantoni E, Pigato G, Favaro A, Monaco F, Kohler C, Vancampfort D, Ward PB, Gaughran F, Carvalho AF, Stubbs B. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):163-180. doi: 10.1002/wps.20420. Erratum in: *World Psychiatry*. 2018 Feb;17 (1):120. PMID: 28498599; PMCID: PMC5428179.
118. Bright Path (May 29, 2024). *Teen Mental Health Statistics North Carolina*. <https://www.brightpathbh.com/teen-mental-health-statistics-north-carolina/>
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019). *First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders*. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-pl-guide-3_0.pdf
120. North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services (August 15, 2024). *Request for Applications RFA # DMH25-002 Peer Respite Services: Peer Living Room Models*. <https://www.ncdhhs.gov/rfa-dmh25-002-peer-living-room/download?attachment>