

## ACUERDO DE CONCILIACIÓN

### Antecedentes

1. Los demandantes entablaron esta demanda titulada *Katie A. et al. v. Diana Bontá et al.* (the "*Katie A.* Litigation"), presentada el 18 julio de 2002, causa N° 02-05662, buscando la aprobación de una medida precautoria, declaratoria y colectiva contra Diana Bontá, Directora del California Department of Health Services; Rita Saenz, Directora del California Department of Social Services, (en adelante denominado en forma colectiva como "El Estado" o "Demandados del Estado") y contra Los Angeles County; Los Angeles County Department of Children and Family Services ("DCFS"); Anita Bock, Directora del Los Angeles County Department of Children and Family Services (en adelante denominado en forma colectiva como "el Condado" o "Demandados del Condado") y personas desconocidas del 1 al 100, inclusive.

2. Los demandantes presentaron la Primera Demanda Enmendada el 20 Diciembre de 2002. La Primera Demanda Enmendada es el alegato operativo en esta acción.

3. El 18 de junio de 2003, esta causa fue aprobada como demanda colectiva a los fines de todas las causas de acción en la Primera Demanda Enmendada de los Demandantes contra los Demandados del Estado en representación de un grupo demandante de menores en California que:

(a) Se encuentran bajo cuidado tutelar o en riesgo inminente de ser derivados a cuidado tutelar, y

(b) Padecen enfermedades o afecciones mentales que han sido documentadas o, de haberse realizado una evaluación, habrían sido documentadas, y

(c) Que necesitan servicios mentales individualizados, incluyendo sin limitación evaluaciones profesionalmente aceptables, servicios de apoyo a la conducta y administración de casos, apoyo a la familia, apoyo en casos de crisis, cuidado tutelar terapéutico, y otros servicios médicamente

necesarios en el hogar o en instituciones que funcionan como hogares para tratar o mejorar sus enfermedades o afecciones.

A los efectos de este caso, “riesgo inminente de derivación a cuidado tutelar” significa que durante los últimos 180 días, un menor ha estado participando en los servicios de mantenimiento de familia voluntaria o reunificación familiar voluntaria y/o ha sido motivo de ya sea a llamada telefónica a la línea directa de los Child Protective Services (CPS) o alguna otra comunicación documentada realizada a la agencia local de Child Protective Services (CPS) en relación a la sospecha de maltratos, falta de cuidados o abandono.

4. Entre los miembros del grupo demandante se encuentran niños que viven con sus padres o parientes o en cualquiera de los diferentes lugares de derivación, tales como hogares grupales u hogares tutelares.

5. Los demandantes pactaron un acuerdo de conciliación (en adelante “Conciliación del Condado”) con los Demandados del Condado, en relación a todas las reclamaciones de la Primera Demanda Enmendada, y dicha Conciliación del Condado fue aprobada por la Corte el 16 de julio de 2003.

6. El 14 de marzo de 2006, la Corte Distrital declaró procedente la petición de los Demandantes de una medida cautelar en esta causa. *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065 (C.D.Cal. 2006). El 23 de Marzo de 2007, el Noveno Tribunal de Apelaciones de Distrito anuló la medida cautelar y lo devolvió para que se continúen los procedimientos de acuerdo a su opinión. *Katie A. ex rel Ludin v. Los Angeles County*, 481 F.3d 1150 (9<sup>th</sup> Cir. 2007).

7. California Department of Health Care Services (DHCS) es el sucesor en interés del California Department of Health Services, Toby Douglas es el sucesor en interés de Diana Bontá

como Director del DHCS, y Will Lightbourne es el sucesor en interés de Rita Saenz como Director of the California Department of Social Services (CDSS) y ambos han asumido sus responsabilidades y han sido sustituidos en su respectiva calidad oficial de Demandados del Estado en el presente juicio conforme a derecho.

8. La defensa del Estado niega toda acción indebida afirmada en la presente acción y niega toda responsabilidad de cualquier tipo en relación a los Demandantes y al Grupo Demandante.

9. Los Demandados del Estado afirman que tienen una defensa meritoria que hicieron valer en la presente acción, y afirman que han suscrito el presente Acuerdo de Conciliación (“Acuerdo”) junto con la Sentencia Propuesta que acompaña (una copia de la cual se adjunta al presente documento, designado como Appendix “A” y se ha incorporado aquí a modo de referencia) con el único propósito de resolver y conciliar las reclamaciones de los Demandantes, a fin de evitar los gastos y desviación de su personal a causa de un litigio prolongado, y para poner fin a las reclamaciones ejercidas contra los Demandados del Estado.

10. La Corte citó a un Perito Especial el 3 de abril de 2009, para facilitar los esfuerzos de las partes por lograr un acuerdo en relación a los asuntos legales y/o estrechar diferencias entre las partes del caso. Las partes, junto con un pequeño grupo de otros participantes interesados (en adelante “grupo de negociación”) se embarcaron en un largo e intenso proceso de negociación durante un año y medio, bajo las directivas del Perito Especial, empleando un proceso de toma de decisiones basada en los intereses, el cual requirió del consenso del grupo de negociación para dar recomendaciones.

11. Los intereses del grupo demandante se verán beneficiados en forma substancial por medio de la conciliación del *Katie A.* litigation basada en los compromisos reflejados en el presente Acuerdo, y no en un juicio basado en los méritos de la demanda.

12. En consideración a los convenios y compromisos incluidos en el presente Acuerdo y con la intención de estar legalmente obligados por los mismos, los Demandantes y los Demandados del Estado, representados por el abogado que suscribe, establecen y acuerdan que todas las reclamaciones de los Demandantes contra los Demandados del Estado que se presentaron en la Demanda interpuesta el 18 de julio de 2002, o en la Primera Demanda Enmendada interpuesta el 20 de Diciembre de 2002, incluyendo cualquier reclamo contra los empleados y funcionarios de los Demandados del Estado, se resolverán en los siguientes términos y condiciones establecidos en el presente Acuerdo:

I. Jurisdicción y Autoridad de la Corte

13. La Corte Distrital de los Estados Unidos tiene competencia en las reclamaciones contra todos los Demandados conforme a 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 y 1367. La jurisdicción le corresponde al Distrito Central de California conforme a 28 U.S.C. § 1391(b).

14. Luego de que el Grupo Demandante y otros afectados por este Acuerdo hayan sido notificados y se le haya brindado la oportunidad de dar su opinión en relación al mismo, la Corte determinara si aprueba el presente Acuerdo por ser una conciliación justa, razonable y adecuada del *Katie A.* Litigation y dicta la Sentencia Propuesta que se acompaña. Salvo aclaración en contrario, los términos de este Acuerdo no tendrán vigencia hasta tanto la Corte dictamine la aprobación de este Acuerdo.

15. Este Acuerdo concilia todas las reclamaciones contra los Demandados del Estado presentados en esta causa.

16. Los Demandados del Estado aceptan que este Acuerdo es vinculante para el California Department of Mental Health (“CDMH”), un tercero que no forma parte de este Acuerdo.

17. Las partes de este Acuerdo reconocen que debe notificarse de este Acuerdo al Grupo Demandante y a otros afectados por el mismo y brindarles la oportunidad de dar su opinión en relación a este. Inmediatamente después de la formalización del Acuerdo, las partes elaborarán en forma conjunta el contenido de la notificación escrita que se hará al Grupo Demandante, así como también negociarán los términos sobre la forma en que se notificará al Grupo Demandante.

18. Inmediatamente después de la formalización de este Acuerdo y de la finalización de las actividades descritas en el párrafo 17, los Demandantes solicitarán a la Corte a través de solicitud y/o petición de aprobación preliminar del presente Acuerdo. Los Demandantes pedirán a la Corte que dicte una sentencia que, considerablemente, tenga la forma siguiente:

(a) Proporcione la aprobación preliminar al Acuerdo (el cual incluye la Sentencia Propuesta) por ser justa, razonable y adecuada para los miembros del Grupo Demandante;

(b) Apruebe los procedimientos propuestos para notificar a los miembros del Grupo Demandante del Acuerdo; y

(c) Programe una audiencia en equidad para determinar si el Acuerdo debe ser finalmente aprobado como justo, razonable y adecuado para los miembros del Grupo Demandante y si debe dictarse la Sentencia Propuesta.

## II. Objetivos y Acuerdos Específicos.

19. Los objetivos de este Acuerdo son:

- (a) Facilitar la prestación de una gama de servicios brindados en forma coordinada, amplia y basada en la comunidad que combine acceso, planificación, prestación y transición de los servicios con un enfoque coherente e inclusivo.
- (b) Apoyar al desarrollo y prestación de una estructura de servicios y sistema fiscal que apoye un modelo base de prácticas y servicios, como se describe en (a),
- (c) Apoyar a una solución efectiva y sustentable que incluya normas y métodos para lograr una supervisión basada en la calidad, junto con capacitación y educación que apoyen los modelos de práctica y fiscales;
- (d) Atender a la necesidad de ciertos miembros del grupo demandante con necesidades más intensivas (en adelante “Miembros del Subgrupo Demandante”), de recibir los servicios de salud mental médicamente necesarios en su domicilio, un entorno familiar o la institución que funcione como hogar más apropiada a sus necesidades, para facilitar la unidad, y satisfacer sus necesidades de seguridad, permanencia y bienestar.

(1) Los Miembros del Subgrupo Demandante son niños y jóvenes que tienen derecho a todas las prestaciones de Medi-Cal, cumplen con las necesidades médicas, tienen un caso abierto de servicios de bienestar infantil, y cumplen con alguno de los siguientes criterios:

A. El menor recibe o se evalúa actualmente el que reciba: Servicios integrales, cuidado tutelar intensivo u otros servicios intensivos, servicios de terapia del comportamiento, tarifa de cuidados especializados debido a

necesidades de salud conductual o intervención/estabilización en casos de crisis.

B. El menor se encuentra o se evalúa actualmente su derivación a un hogar grupal (RCL 10 o superior), un hospital psiquiátrico o institución de tratamiento de la salud mental las 24 horas, o ha recibido su 3<sup>rd</sup> o derivación o más en 24 meses debido a necesidades de salud conductual.

20. Para cumplir con los objetivos mencionados, los Demandados del Estado acuerdan lo siguiente:

(a) CDMH<sup>1</sup> y CDHCS desarrollarán y distribuirán un Manual de Especialidad de Salud Mental de Medi-Cal (en adelante “Manual de Documentación”) para informar e instruir a los prestadores sobre:

(1) Dos gamas de servicios, Intensive Care Coordination (ICC), como se describe en Appendix “E”, e Intensive Home Based Services (IHBS), como se describe en Appendix “D”, que se prestarán al Subgrupo Demandante como se describe en el párrafo 19 (d)(1) de este Acuerdo;

(2) Therapeutic Foster Care (TFC), como se describe en *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065, 1072 (C.D.Cal. 2006), e.g., Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), Intensive Treatment Foster Care (ITFC).

A. CDMH, CDSS y DHCS, en colaboración con el grupo de negociación,

---

<sup>1</sup> Debido a la posible reestructuración del CDMH, actualmente las partes no tienen la certeza de si CDMH será la agencia Estatal responsable de cumplir con las obligaciones asignadas al CDMH conforme a este Acuerdo. La Defensa del Estado acuerda que el estado cumplirá con las obligaciones de CDMH's conforme a este Acuerdo.

incluyendo los consultores, de ser necesario, determinarán:

1. En qué medida las actividades y/o componentes de los servicios de TFC están amparados por la Ley de Medicaid, incluyendo EPSDT, 42 U.S.C. § 1396 et seq., y su reglamento de aplicación, y
2. En qué medida las actividades y/o componentes de los servicios están cubiertos por el Plan estatal de Medicaid de California;
3. En qué medida debe modificarse, si ello corresponde, el Plan Estatal para cubrir los servicios de TFC que están amparados por la Ley de Medicaid pero que no están cubiertos por el Plan Estatal.

(b)(1) El Manual de Documentación describirá el modo en que se debe brindar ICC y IHBS de acuerdo con los Principios y Componentes de un Modelo Base de Prácticas (en adelante “Modelo Base de Prácticas”), tal como se describe en Appendix “B”, usando un Equipo Formado por el Niño y la Familia, tal y como se describe en Appendix “C”.

(b)(2) El Manual de Documentación será elaborado por los Demandados del Estado con la colaboración del grupo de trabajo de la negociación y otros interesados por acuerdo de las partes. Los capítulos de este manual podrán incluir, aunque sin limitación:

- Descripción del grupo demandante elegible
- Cómo derivar a un menor a servicios IHBS/ICC, y TFC



- Descripción general de las actividades de servicios reembolsables de Medi-Cal que pueden incluir las gamas de servicios de IHBS/ICC y los servicios TFC
- Autorización/utilización
- Peticiones
- Descripción general de otros servicios de actividades no reembolsables de Medi-Cal que pueden formar parte de los modelos de gamas de servicios IHBS/ICC, y servicios TFC
- Normas y Requisitos de Facturación
- Documentación Requerida
- Ejemplos de Formularios
- Dónde llamar para obtener información adicional

(b)(3) CDMH y CDSS publicarán el borrador del Manual de Documentación en sus sitios de Internet durante un período de treinta días en los que se recibirán comentarios públicos. CDMH y CDSS publicarán una copia final del Manual de Documentación en los sitios de Internet de CDMH y DHCS.

(c) DHCS redactará y enviará las enmiendas a las definiciones de los servicios de Targeted Case Management (TCM) y Servicios de Rehabilitación en el Plan de Medicaid del Estado de California mediante las enmiendas del Plan Estatal, en conformidad con el Core Practice Model (CPM) y ICC y IHBS y el Informe de la Consultora Mercer, *Análisis Katie A. Fase I y II*, con fecha del 6 de octubre de 2010.

(d) CDMH y CDSS establecerán una estructura de administración compartida para desarrollar una declaración de visión compartida, dirección de políticas y programas, instrucciones claras y coherentes, y mediciones de los resultados y la contabilidad en conformidad con el Modelo Base de Prácticas (Appendix “B”). A estos efectos, en común acuerdo con el grupo de negociación, CDSS y CDMH desarrollarán una Guía de Modelo Base de Prácticas y establecerán grupo de tareas de administración conjunta con representantes de cada departamento y representantes de los jóvenes, mentor de padres, el condado y los grupos prestadores. Se consultará a CMHDA y CWDA sobre la membresía del grupo y se les solicitará que se unan al grupo de tareas. El trabajo del grupo de tareas de administración conjunta se centrará en la meta de crear un sistema de administración conjunta del programa. El grupo de Tareas analizará y realizará un informe dentro de los 12 meses luego de la formalización de este Acuerdo sobre los métodos propuestos para hacerlo, incluyendo:

- (1) Establecimiento de una estructura de administración compartida entre CDMH y CDSS mediante la legislación y/o regulaciones, u otros medios para articular un conjunto de metas, declaraciones de visión y misión compartidas. Las políticas y procedimientos deberían ser elaborados y revisados en forma conjunta, según sea necesario, para garantizar que la práctica compartida sea coherente y para evitar la duplicación, y suministrar un proceso rápido para la resolución de conflictos;
- (2) Construcción en base a las relaciones existentes con todas las agencias

estatales que prestan servicios a jóvenes bajo tutela con necesidades de salud mental incluyendo el Departamento Estatal de Educación, el Departamento de Programas de Alcohol y Drogas de California, y el Departamento de Corrección y Rehabilitación de California para coordinar la información y los servicios de manera coherente con el Modelo Base de Prácticas. Ya existen establecimientos para desarrollar relaciones con el Equipo Interagencia del Estado, el Consejo de Bienestar Infantil, comisiones locales calificadas, etc.;

- (3) Creación de un sistema y procedimientos cruzados para apoyar y administrar las responsabilidades compartidas entre CDMH y CDSS para la prestación de servicios para los jóvenes bajo tutela, de manera que el mismo sea coherente con el Core Practice Model (CPM) a nivel del condado/local;
- (4) Elaborar y suministrar modelos para consideración de las agencias locales para trabajar juntos de manera más efectiva, incluyendo, por ejemplo, integración de departamentos de servicios, modelos de administración de coordinación específicos que supervisen los departamentos, y/o Memoranda of Understandings (MOUs) para una colaboración específica.

(e) CDSS y CDMH, de común acuerdo con la fuerza de trabajo de administración conjunta, elaborarán y avalarán herramientas de práctica, programas de capacitación, protocolos de mejora de la práctica, y sistemas de control de calidad para acompañar el Core Practice Model (CPM) compartido, a fin de apoyar la integración y/o coordinación de los servicios para los servicios de salud mental para los miembros del grupo

demandante;

- (f) CDSS y CDMH desarrollarán un programa de capacitación cruzada y materiales educativos para el personal de bienestar infantil y salud mental.
  - (1) CDSS iniciará una solicitud al Statewide Training and Education Committee (STEC) para definir el proceso y plazo para el desarrollo de programa.
  - (2) El propósito del material educativo es que sea usado por los condados y los prestadores para explicar el sistema a los niños y a las familias incluyendo un equipo de herramientas conjuntas de DSS/DMH para los Equipos Formados por el Niño y la Familia.
  - (3) El programa desarrollará y promoverá oportunidades estructuradas para trabajar en grupos en todos los niveles, tales como las reuniones de Toma de Decisiones en Equipo, Equipos formados por el Niño y la Familia, Redes de Operaciones entre Agencias, Equipos de Revisión de la Derivación entre Agencias, reuniones de Equipos de Liderazgo Departamental, etc.
- (g) CDSS, CDMH y DHCS aclararán y brindarán orientación sobre las leyes estatales y federales para implementar este Acuerdo para que los condados y los prestadores las comprendan y las apliquen en forma coherente. Los métodos propuestos podrían incluir, aunque sin limitación:
  - (1) Prestación de asistencia técnica permanente para incluir los manuales, la orientación sobre las políticas, la educación y la capacitación, el desarrollo del programa y fidelidad a los principios del programa para acompañar el Core Practice Model (CPM);

- (2) Garantizar que las unidades de cumplimiento de la auditoría sigan los lineamientos para la facturación y la documentación elaborados por el departamento estatal para garantizar que se utilicen niveles de auditoría apropiados y coherentes para analizar los pedidos de facturación de los prestadores;
  - (3) Fomentar que la política local y la discreción/variaciones regulatorias estén en conformidad con el Core Practice Model (CPM).
- (h) Buscando mejorar los métodos y pertinencia de la recolección, vinculación y distribución de la información para acompañar el Core Practice Model (CPM) a nivel estatal, del condado y de prestadores, CDSS y CDMH elaborarán una propuesta para incorporar al plan de implementación para producir y publicar la información incluyendo información relevante sobre las reclamaciones para el grupo demandante. Los métodos propuestos podrían incluir:
- (1) Mejora en el intercambio y vinculación de la información entre CDSS y CDMH y otros departamentos locales y estatales;
  - (2) Desarrollo y difusión de una política clara de asuntos relacionados con el intercambio/privacidad de la información entre bienestar infantil, salud mental y otros mentores de servicios;
  - (3) Utilizar los parámetros de referencia para la recolección de información existente y las referencias y desempeño existentes en la mayor medida posible;
  - (4) Determinar qué se evaluará para reflejar los resultados esperados. Utilizar los resultados evaluados para evaluar el progreso de la implementación del

Core Practice Model (CPM) y el acceso a servicios de salud mental domiciliarios intensivos y coordinación de los cuidados intensivos para los servicios de salud mental. La información relevante podría incluir:

- A. *Información del estado clínico*, incluyendo evaluación de los síntomas, riesgos, funcionalidad, fortalezas y demás información sobre el modo en que lleva adelante su vida el miembro del grupo demandante;
  - B. *Información sobre la utilización*, incluyendo información de la resolución, como por ejemplo, cuidados posteriores a la estadía en el hospital, hogares grupales, etc.
  - C. *Información sobre las instalaciones de tratamiento* que reflejen lo que sucede dentro del episodio del tratamiento. Controlar el grado en que se prestan los CFT y los servicios intensivos de salud mental domiciliarios, y la coordinación de cuidados intensivos para los servicios de salud mental y hasta qué punto se brindan conforme al Core Practice Model (CPM);
- (i) Se elaborará un proceso de identificación de los miembros del grupo demandante a fin de vincularlos firmemente a los servicios.
  - (j) DHCS, CDSS y CDMH establecerán un Grupo de Tareas de Información y Calidad para producir un informe con las acciones y plazos recomendados para:
    - (1) Establecer un método para rastrear la utilización de las gamas de servicios de ICC y IHBS y TFC para los miembros del subgrupo demandante.

- (2) Utilizar los requisitos de la Revisión Externa de Calidad y California Child and Family Services Review (C-CFRS) para desarrollar un plan de acción para la recolección de información sobre los menores del grupo demandante que reciben servicios de salud mental.
- (3) Recolectar elementos de información en los sistemas de información de DHCS, CDSS y CDMH específicos del grupo demandante (y subgrupo demandante) a fin de evaluar la utilización (patrones, tipo, frecuencia, intensidad de servicios) y acceso de manera oportuna al cuidado.
- (4) Facilitar una reunión de interesados para solicitar ideas de los interesados y de los condados sobre la información del grupo demandante que los departamentos deberían obtener y publicar. Establecer un procedimiento y plazo para la obtención y publicación de la información que resulta útil para los Condados, interesados, departamentos Estatales para atender las necesidades de los menores del grupo demandante.
- (5) Todos los informes y plazos se publicarán en los sitios web de CDMH y CDSS.

(k) Modelos

- (1) Los Departamentos Estatales, con el acuerdo del Grupo de Trabajo de Negociación, llevarán a cabo una evaluación estatal de la preparación de los condados para desarrollar y dar forma a sistemas de prestación de servicios de

bienestar infantil y salud mental que puedan implementar en forma exitosa el Core Practice Model (CPM).

- (2) El equipo de evaluación de la preparación recibirá información de la California Mental Health Directors' Association (CMHDA), California Welfare Directors Association (CWDA), los prestadores, los miembros de la familia, y organizaciones al servicio de jóvenes.
- (3) La evaluación de la preparación se centrará en:
  - A. La fuerza de la conexión y colaboración entre bienestar infantil y salud mental para administrar una gama de servicios que acompañen al IHBS, y ICC y TFC;
  - B. La capacidad de transmitir las lecciones aprendidas a otros programas y condados. Se utilizarán las herramientas de monitoreo empleadas por el Estado para identificar los condados; y
  - C. Si los condados tienen o pueden construir un sistema que preste servicios en todo el condado.
- (4) A tal fin, el Estado seleccionará al menos un condado grande, uno mediano y uno pequeño para apoyar el desarrollo de capacitación y sistemas intensivos para el CPM.
- (5) Los condados seleccionados serán utilizados para probar las estrategias para la prestación de los servicios de salud mental de acuerdo al CPM. En segundo lugar, estos sitios pueden servir como la primera fase de un esfuerzo estatal por prestar servicios en conformidad con el CPM, de acuerdo al Plan de Implementación.
- (6) Los condados modelo seleccionados recibirán capacitación, asistencia técnica y



otros incentivos de apoyo del Estado por sus estrategias para probar el CPM.

(7) La intención del modelo es facilitar la adopción del Modelo CPM y no tiene la intención de inhibir la prestación de IHBS, ICC, TFC y el Core Practice Model en otros condados que no sean los condados modelos.

(l) El plan de implementación se ocupará del modo en que el CPM y IHBS/ICC y TFC se llevarán a escala estatal.

(m) Los Departamentos Estatales, con la aprobación del Grupo de Negociación y los expertos fiscales y asesores técnicos, conformarán un Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM.

(1) El Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM se centrará en incentivos realizables, alcanzables y fiscalmente sensatos para brindar IHBS, ICC, y TFC dentro del marco del Core Practice Model (CPM) y reducir el uso de hogares grupales y otras derivaciones en instituciones.

(2) El Grupo de Tareas Fiscalizador de CPM elaborará una propuesta o plan estratégico que:

A. 1. Evalúe el modo de apoyar a los condados en la implementación del IHBS y el ICC para el subgrupo demandante de niños, incluyendo una mejora en el flujo de ingresos a los condados que atienden a los jóvenes conforme al CPM y una mejora en la confiabilidad de la elegibilidad de los prestadores y condados; y

2. Asegure fuentes alternativas para los servicios o aportes para EPSDT por parte del estado o del condado.

B. Explore métodos u opciones para reducir la dependencia de las instituciones

fuera del hogar, incluyendo:

1. Usar los hogares grupales principalmente para la estabilización de crisis a corto plazo;
2. Establecer programas piloto que demuestren la efectividad de las alternativas a los hogares grupales para casos de necesidad extrema y/o jóvenes en alto riesgo;
3. Desarrollar modelos o recursos de subvención que faciliten la transformación de las camas existentes en los hogares grupales en servicios intensivos con base en el hogar;
4. Permitir la prestación de servicios de transición dentro de la comunidad para los residentes de hogares comunitarios a fin de facilitar el alta;
5. Reconfigurar los comités de monitoreo de salud mental multiagencias para brindar un acceso oportuno a los servicios y apoyo de salud mental en conformidad con el Core Practice Model (CPM) y para reducir el uso, o la dependencia, de la atención fuera del hogar

(3) Las partes adoptarán el plan o propuesta del Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM al Plan de Implementación en la mayor medida posible en relación al tiempo disponible.

### III. Plan de Implementación

21. Las partes acuerdan desarrollar un Plan de Implementación específico para cumplir con las obligaciones de este Acuerdo. Las partes comenzarán a desarrollar el Plan de Implementación una vez que la Corte apruebe en forma preliminar el Acuerdo de Conciliación y completará el Plan de Implementación dentro de los seis meses siguientes a que la Corte haya dado su aprobación definitiva al Acuerdo de Conciliación. El Plan de Implementación se elaborará con la ayuda de un Perito Especial, según sea necesario, y se ocupará de todos los siguientes temas: pasos específicos, servicios a prestar, y plazo para la implementación. Las partes comprenden y acuerdan que el plazo de implementación incluirá las actividades o prestaciones que pueden completarse, o estar en curso, a finalizar la jurisdicción de la corte.

#### IV. Función del Perito Especial

22. Las partes acuerdan que la designación de Richard Saletta como Perito Especial continuará y se extenderá durante treinta y seis meses luego de que la corte apruebe el Acuerdo de Conciliación. En el supuesto de que Mr. Saletta no pueda continuar cumpliendo estas funciones durante la vigencia del Acuerdo, los Demandantes y los Demandados del Estado intentarán determinar un candidato de mutuo acuerdo para su reemplazo, sujeto a la aprobación de la Corte. Si los Demandantes y los Demandados del Estado no lograsen llegar a un acuerdo en relación a un reemplazo acordado entre las partes para Mr. Saletta, cada una de las partes postulará un candidato que quedará a consideración y designación de la Corte.

23. El Perito Especial se podrá comunicar libremente con las partes o con sus abogados. Con acuerdo de las partes, el Perito Especial podrá contratar consultores, según sea necesario, para que colabore con el Perito Especial y las partes al desempeñar las obligaciones del presente Acuerdo.

24. Los Demandados del Estado pagarán los gastos razonables por los servicios del Perito Especial y todo consultor que el Perito Especial o las partes consideren necesario contratar.

25. El Perito Especial:

- (a) asesorará y asistirá a las partes en la elaboración de un Plan de Implementación conforme al párrafo 21; y, en caso de que las mismas no logren llegar a un acuerdo, hará recomendaciones a la Corte acompañadas de los fundamentos; y
- (b) determinará si el cálculo de los plazos del Plan de Implementación es razonable para garantizar que los Demandados del Estado cumplan con los términos del Acuerdo y los objetivos establecidos en el Párrafo 19.

26. El Perito Especial realizará regularmente informes por escrito a las partes y a la Corte en relación al progreso de los Demandados del Estado en el cumplimiento de las obligaciones y compromisos establecidos en el Plan de Implementación. El Perito Especial elaborará informes cada 120 días durante el primer año del Acuerdo, cada seis meses durante los años subsiguientes, y un informe final hasta treinta días antes del vencimiento de la jurisdicción de la Corte Distrital en relación a este juicio.

27. Treinta días antes de presentar cada uno de los informes mencionados, el Perito Especial suministrará a los abogados de los Demandados del Estado y de los Demandantes un borrador del informe. En caso de que lo solicitaran los Demandados del Estado o los Demandantes, el Perito Especial podrá, a discreción, acordar una reunión con los abogados de los Demandados del Estado y de los Demandantes, así como los funcionarios estatales correspondientes, para dar a las partes la oportunidad de discutir los fundamentos y las conclusiones tentativas del Perito Especial.

28. El Perito Especial presentará los informes finales ante la Corte y suministrará copias a cada una de las partes del juicio. Cualquiera de las partes del presente Acuerdo podrá preparar y presentar ante la Corte una respuesta al informe de estado del Perito

Especial conforme al FRCP Rule 53(f). Se debe entregar al abogado de todas las otras partes del juicio, para su registro, una copia de toda respuesta al informe presentada por las partes de este Acuerdo en la misma fecha que se presenta la respuesta al informe ante la Corte.

29. Las partes reconocen que el propósito de este Acuerdo es evitar la extensión del litigio y los conflictos entre las partes.

V. Plazo para cumplir con los términos del Acuerdo y la Sentencia.

30. La Corte mantendrá la jurisdicción en relación a este juicio hasta 36 meses después de que la Corte apruebe el Acuerdo de Conciliación, momento en el que finalizará la jurisdicción de la Corte. Las partes acuerdan que el plazo de jurisdicción de la Corte no se extenderá, por ninguna razón, más allá del período de 36 meses luego de la aprobación del Acuerdo de Conciliación. Las partes además acuerdan que ninguna de las cláusulas del Acuerdo de Conciliación será exigible luego del período de 36 meses después de la aprobación del Acuerdo de Conciliación, y las partes no pretenderán exigir el cumplimiento de ninguna de las cláusulas del Acuerdo de Conciliación luego del período de 36 meses después de la aprobación del Acuerdo de Conciliación.

VI. Anulación del Acuerdo.

31. Si por alguna razón la Corte no aprobara el presente Acuerdo y la Sentencia Propuesta por ser una conciliación justa, razonable y adecuada del *Katie A. Litigation* entre los Demandantes y los Demandados del Estado, o si no se confirmara en apelación, en caso de corresponder, una orden que apruebe este Acuerdo y el dictado de la Sentencia Propuesta, el presente Acuerdo no tendrá validez.

VII. Negación de la Responsabilidad

32. Los Demandados del Estado niegan expresamente todas y cada una de las reclamaciones y argumentos afirmados en su contra por los Demandantes en este juicio. Este Acuerdo, todo lo

que contiene, y toda negociación y procedimiento que se realice en virtud del mismo, no serán considerados como la aceptación, presunción, prueba o concesión de los Demandados del Estado en cuanto a la veracidad de alguno de los hechos afirmados o la validación de alguna de las reclamaciones que se haya presentado o se pudiera haber presentado en esta acción, o de una deficiencia en la defensa que se ejerció o pudiera haberse ejercido en esta acción o de cualquier acto indebido o responsabilidad de ningún tipo.

33. El presente Acuerdo, el hecho de que exista, o cualquiera de sus términos no serán considerados como una aceptación por parte de los Demandados del Estado, o usado como evidencia contra los Demandados del Estado en ninguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, salvo como se indica a continuación. Todos los informes, recomendaciones o fundamentos del Perito Especial no serán interpretados como una aceptación por parte de los Demandados del Estado o usado como evidencia contra los Demandados del Estado en ninguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, salvo como se indica a continuación.

34. El presente Acuerdo, el hecho de que exista, o cualquiera de sus términos serán admitidos como evidencia en cualquier procedimiento del presente juicio. Todos los informes, recomendaciones o fundamentos del Perito Especial serán también admisibles en cualquier procedimiento en el presente juicio y se considerarán a prima facie como evidencia de las conclusiones del mismo.

#### VIII. Proceso de Resolución de Conflictos

35. Antes de presentar un pedido de ejecución de los términos de este Acuerdo, el abogado de la parte accionante se comunicará con el abogado de la otra parte para discutir completamente, de ser posible personalmente, lo esencial de la acción considerada y alguna posible solución. Con el

acuerdo mutuo de las partes, las mismas podrán solicitar que el Perito Especial o algún otro mediador mutuamente aceptado, medie en el conflicto. Si no se puede resolver el conflicto con la ayuda de un mediador, entonces no se presentará el pedido de ejecución hasta treinta (30) días después de que las partes hayan aceptado discutir el pedido, salvo que alguna de las partes esté en riesgo de sufrir un daño irreparable, en cuyo caso se podrá presentar el pedido en un período menor de tiempo.

IX. Honorarios de los Abogados.

36. Los Demandados del Estado acuerdan pagar al abogado de los Demandantes un total de \$3.75 millones como tarifa integral por los honorarios de abogados. Las partes aceptan que este monto está destinado a cubrir todas las reclamaciones por los honorarios de los abogados y costas previos, todo futuro honorario y costa que se origine durante el período de implementación y el período de la jurisdicción de la corte y cualquier otro reclamo por parte del abogado de los demandantes, incluyendo, sin limitación, las reclamaciones en nombre de Heller Ehrman y/o sus sucesores.

37. Las partes acuerdan que a partir del primer día luego de que la corte dicte sentencia definitiva aprobando esta conciliación, luego de la audiencia en equidad, se devengarán intereses a la tasa legal del siete por ciento anual sobre cualquier saldo pendiente del monto descrito en el párrafo 36.

X. Otras Disposiciones.

38. Las partes acuerdan realizar su mayor esfuerzo para cumplir con los términos de este Acuerdo. Bajo ninguna circunstancia, alguna de las partes o sus abogados ofrecerán o aconsejarán a los miembros del Grupo Demandante para que presenten objeciones al Acuerdo o que apelen la orden que da la aprobación definitiva al Acuerdo y dicta la Sentencia Propuesta.

39. Este Acuerdo y la Sentencia Propuesta contienen todos los términos y condiciones acordados por las partes, y ningún acuerdo oral realizado en ningún momento, como tampoco ningún acuerdo escrito realizado antes de la formalización del presente Acuerdo en relación al objeto de este procedimiento, será considerado válido o vinculante para las partes, ni modificará los términos y condiciones del presente acuerdo.

40. Las partes de este Acuerdo han participado en su elaboración y, por lo tanto, ninguna ambigüedad será interpretada a favor o en contra de ninguna de las partes.

41. Cada uno de los abogados abajo firmantes declara haber sido debidamente autorizado para celebrar el presente Acuerdo.

42. Este Acuerdo solo podrá ser enmendado, modificado o complementado mediante acuerdo escrito firmado tanto por los abogados de los Demandados del Estado, como por los abogados de los Demandantes, y aprobado por la Corte.

43. Las partes aceptan y reconocen que el presente acuerdo y la Sentencia Propuesta deberán ser aprobados por la Corte conforme al párrafo 14 que antecede. Las partes aceptan cooperar de buena fe en la elaboración de todos los documentos presentados ante la Corte para garantizar dicha aprobación. En el supuesto de que la Corte no apruebe este Acuerdo y la Sentencia Propuesta, o la orden de aprobación de este Acuerdo y el dictado de la Sentencia Propuesta sean revocados en apelación, las partes harán esfuerzos de buena fe para modificar el Acuerdo a fin de obtener la aprobación judicial.

44. Cuando se deba notificar a los Demandantes o a los Demandados del Estado, se hará mediante notificación personal o mediante correo certificado de primera clase de los Estados Unidos, a los abogados de las partes registrados en este litigio.



45. El presente Acuerdo redundará en el beneficio de, y será vinculante para, los representantes legales y cualquier sucesor de los Demandantes y los Demandados del Estado, incluyendo el CDMH.

46. El presente Acuerdo podrá formalizarse en varios ejemplares de un mismo tenor, cada uno de los cuales será considerado como original, y todos los cuales reunido constituirán un mismo instrumento. Este Acuerdo podrá formalizarse mediante la firma transmitida por fax o correo electrónico, lo cual será considerado con la misma validez que una firma original.

En Representación de los Demandados del Estado,

por

\_\_\_\_\_  
Ernest Martinez, Deputy Attorney General  
California Department of Justice

En Representación de los Demandantes,

por

\_\_\_\_\_  
Robert D. Newman  
Western Center on Law & Poverty

por

\_\_\_\_\_  
Kimberly Lewis  
National Health Law Program

por

\_\_\_\_\_  
Patrick Gardner  
National Center for Youth Law

por

\_\_\_\_\_  
Ira Burnim  
Bazelon Center for Mental Health Law

por

\_\_\_\_\_  
Melinda Bird  
Disability Rights California

por \_\_\_\_\_  
Mark Rosenbaum  
ACLU of Southern California

APPENDIX "A"

EN LA UNITED STATES DISTRICT COURT  
PARA EL CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA  
DIVISIÓN OESTE

**KATIE A. etc., et al,**

Demandantes,

v.

**DIANA BONTÁ, etc., et al,**

Demandados.

Causa N° CV-02-05662 AHM (SHx)

**SENTENCIA PROPUESTA  
CONFORME AL ACUERDO DE  
CONCILIACIÓN DE LA  
DEMANDA COLECTIVA**

**[Federal Rules of Civil Procedure,  
Rule 23, subd. (e)]**

Fecha: \_\_\_\_\_, 2011

Hora: a.m.

Juzgado: 14

Juez: Hon. A. Howard Matz

Los Demandantes y los Demandados, el Director del California Department of Health Care Services (CDHCS), el Director del California Department of Social Services (CDSS), así como el tercero (Parte Real Interesada) Director del California Department of Mental Health (CDMH) (denominados colectivamente “Demandados del Estado”) han celebrado un acuerdo de conciliación para la resolución de los asuntos planteados en esta demanda colectiva. El demandado Los Angeles County celebró con anterioridad un acuerdo de conciliación con los demandantes, el cual fue aprobado por esta corte y se dictó sentencia conforme al mismo el \_\_\_\_\_.

Los Demandantes y los Demandados del Estado (las Partes) han presentado el Acuerdo de Conciliación propuesto a la Corte para su aprobación definitiva conforme a, y en cumplimiento de, las Reglas Federales de Procedimiento Civil, Regla 23, párrafo (e).

La Corte determinó que las partes notificaron el Acuerdo de Conciliación propuesto de manera razonable al Grupo Demandante y a otros afectados por el mismo. Fed. R. Civ. P. 23(e)(1). El \_\_\_\_\_ de 2011, la Corte llevó a cabo una audiencia en equidad conforme al Fed.R. Civ. P. 23(e)(2), otorgando a las partes y a otras personas interesadas la oportunidad de ser escuchadas a favor o en contra del acuerdo de conciliación propuesto. Luego de revisar y considerar la documentación presentada respaldatoria del acuerdo de conciliación, la evidencia, los argumentos, los comentarios y objeciones realizados en la audiencia en equidad, la Corte ha dictaminado que el acuerdo conciliatorio es justo, razonable y adecuado para vincular a los miembros del grupo demandante.

Habiendo la Corte considerado en su totalidad el asunto y la buena causa aparente, ORDENA, DETERMINA Y DECRETA lo siguiente:

1. La Corte tiene competencia en los pedidos de medidas precautorias y declaratorias contra los Demandados del Estado conforme al 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 y 1367. La jurisdicción le corresponde al Central District of California conforme al 28 U.S.C. § 1391(b).

2. Este caso ha sido calificado como demanda colectiva a los fines de todas las reclamaciones contra los Defensores del Estado en nombre de una grupo demandante de menores en California que:

(a) Se encuentran bajo cuidado tutelar o en riesgo inminente de ser derivados a cuidado tutelar, y

(b) Padecen enfermedades o afecciones mentales que han sido documentadas o, de haberse realizado una evaluación, habrían sido documentadas, y

(c) Que necesitan servicios mentales individualizados, incluyendo sin limitación evaluaciones profesionalmente aceptables, servicios de apoyo a la conducta y administración de casos, apoyo a la familia, apoyo en casos de crisis, cuidado tutelar terapéutico, y otros servicios médicamente necesarios en el hogar o en instituciones que funcionan como hogares para tratar o mejorar sus enfermedades o afecciones.”

A los efectos de este caso, “riesgo inminente de derivación a cuidado tutelar” significa que durante los últimos 180 días, un menor ha estado participando en los servicios de mantenimiento de familia voluntaria o reunificación familiar voluntaria y/o ha sido motivo de, ya sea una llamada telefónica a la línea directa de los Child Protective Services (CPS), o alguna otra comunicación documentada realizada a la agencia local de Child Protective Services (CPS) en relación a la sospecha de maltratos, falta de cuidados o abandono.

3. La Sentencia se dicta en conformidad con los términos del Acuerdo de Conciliación incorporado a este documento, tal y como se hubiera expresado en su totalidad y presentado como Prueba A en este Juicio.

4. La Corte ordena a las partes del Acuerdo de Conciliación que cumplan con todas las obligaciones contraídas en virtud del mismo.

5. La Corte mantendrá la jurisdicción en relación a este juicio hasta 36 meses después de que la Corte apruebe el Acuerdo de Conciliación, momento en el que finalizará la jurisdicción de la Corte. Conforme al párrafo 30 del Acuerdo de Conciliación, el plazo de jurisdicción de la Corte no se extenderá, por ninguna

razón, más allá del período de 36 meses luego de la aprobación del Acuerdo de Conciliación.

6. Conforme al Párrafo 15 del Acuerdo de Conciliación, el Acuerdo de Conciliación concilia todas las reclamaciones contra los Demandados del Estado presentados en esta causa.

7. La Corte resuelve que no existen motivos para demorar el dictado de esta Sentencia en conformidad con el Acuerdo de Conciliación. Por consiguiente, se ordena por la presente que el Secretario dicte su Sentencia Definitiva.

8. Esta Sentencia es vinculante para los Demandados del Estado, sus sucesores en sus funciones, el CDHCS, CDSS, CDMH<sup>2</sup>, sus respectivos funcionarios, agentes y empleados de estas agencias estatales.

9. A continuación, la Corte procederá a desestimar este juicio contra los Demandados del Estado de acuerdo con los términos del Acuerdo de Conciliación.

Fecha \_\_\_\_\_, 2011

---

Honorable A. Howard Matz  
United States District Judge

---

<sup>2</sup> Debido a la posible reestructuración del CDMH, actualmente no se tiene la certeza de si CDMH será la agencia Estatal responsable de cumplir con las obligaciones asignadas al CDMH conforme a este Acuerdo. La Defensa del Estado acuerda que el Estado cumplirá con las obligaciones del CDMH conforme a este Acuerdo.

## APPENDIX “B”

### Core Practice Model (CPM)

El Core Practice Model (CPM), que utilizarán todas las agencias o individuos que prestan servicios a los miembros del grupo demandante y sus familias, se adhiere a un conjunto de valores y principios centrados en la familia que están impulsados por un proceso definido. Los valores y principios del Core Practice Model (CPM) se resumen del siguiente modo:

- Los servicios están motivados por la necesidad, basados en las fortalezas y centrados en la familia desde la primera entrevista con, o sobre, la familia.
- Los servicios son individualizados y ajustados a las necesidades de cada menor y su familia.
- Los servicios se brindan mediante un enfoque colaborativo multiagencia que está sostenido por una fuerte base comunitaria.
- Durante el proceso se garantiza la voz, elección y preferencia de la familia.
- Los servicios incorporan una combinación de recursos formales e informales diseñados para asistir a las familias con transiciones exitosas que garantizan un éxito a largo plazo.
- Los servicios son apropiados para cada cultura y respetan la cultura de los niños y sus familias.
- Los servicios y apoyos se brindan en la comunidad del niño y la familia.
- En primer lugar y principalmente se protege a los niños del abuso y el abandono y se los mantiene en forma segura en sus hogares.
- Los niños tienen permanencia y estabilidad en sus situaciones de la vida diaria.

Para que puedan obtener los beneficios de la gama completa de servicios que necesitan, en el nivel que sea necesario para satisfacer sus necesidades, se atenderá a los miembros del grupo demandante mediante cinco componentes claves de la práctica que se organizan y brindan en el contexto de un plan conjunto para el niño y la familia. Estos cinco componentes son:

- *Compromiso:* Comprometer a las familias es la base para construir relaciones de confianza y de beneficio mutuo entre los miembros de la familia, los miembros de los equipos y los prestadores de servicios. Las agencias involucradas con los menores y las familias trabajan para lograr acuerdos sobre los servicios, la seguridad, el bienestar (lograr la unión y otras necesidades del desarrollo, la salud, la educación y la salud mental) y la permanencia.
- *Evaluación:* Recabar información y evaluar las necesidades implica reunir y evaluar información sobre el menor y la familia, lo que incluye reunir y evaluar las fortalezas así como también evaluar las necesidades fundamentales. La evaluación incluye además determinar la capacidad, voluntad y disponibilidad de recursos para lograr la seguridad, permanencia y bienestar de los menores.
- *Planificación e Implementación de los Servicios:* La planificación de servicios implica desarrollar apoyos y servicios que se ajusten a cada niño y familia para atender las necesidades desatendidas. El plan especifica los objetivos, funciones, estrategias, recursos y marcos de tiempo para la implementación coordinada del apoyo y los servicios para el menor, la familia y los cuidadores.

- *Monitoreo y Adaptación:* El monitoreo y la adaptación implican evaluar la efectividad del plan, valorar las circunstancias y los recursos, y volver a trabajar sobre el plan según sea necesario. El equipo es responsable de volver a evaluar las necesidades, aplicar el conocimiento obtenido de las valoraciones en transcurso y adaptar el plan oportunamente.
- *Transición:* Se puede lograr una transición exitosa de los apoyos formales cuando los apoyos informales estén en funcionamiento y brindando el apoyo y las actividades necesarias para asegurar la estabilidad a largo plazo.

Child and Family Team (CFT): El Grupo de Trabajo ha acordado además que un subgrupo de miembros el grupo demandante Katie A necesita un enfoque y una prestación de servicios más intensivos para atender su gama de necesidades y fortalezas, y que se podría atender mejor a este subgrupo mediante un *Child and Family Team (CFT)* formalmente organizado.

En aquellos casos en que se identifiquen necesidades más intensivas o complejas se creará un Child and Family Team (CFT) formal para que funcione como vehículo primario para la prestación de servicios de acuerdo al Modelo Base de Prácticas a fin de reunir a los miembros individuales significativos del equipo para ayudar a que la familia desarrolle un plan de cuidados que atienda sus necesidades y fortalezas. El papel principal del Equipo formado por el Niño y la Familia es el siguiente:

- The Child and Family Team (CFT) reúne un grupo de individuos prestadores de cuidados para que trabajen con, y apoyen al niño y la familia y, además de los miembros del personal de la agencia y los prestadores involucrados en la prestación de servicios a la familia, incluye, al menos, un coordinador y un mentor de apoyo a la familia o especialista en familias para los jóvenes.
- La coordinación del equipo será realizada por un prestador de salud mental, trabajador social o funcionario de libertad condicional. El coordinador mantiene el equipo comprometido y cuenta con las destrezas necesarias para aportar recursos para apoyar al menor y la familia.
- Un CFT efectivo continúa el proceso de compromiso con la familia y/o cuidadores en relación a sus fortalezas y necesidades, garantiza que los servicios estén coordinados adecuadamente y brinda un proceso de comunicación transparente.



## APPENDIX “C”

### **The Child And Family Team** (CFT)

Child and Family Team (CFT): El Grupo de Trabajo ha acordado además que un subgrupo de miembros el grupo demandante Katie A necesita un enfoque y una prestación de servicios más intensivos para atender su gama de necesidades y fortalezas, y que se podría atender mejor a este subgrupo mediante un *Child and Family Team* formalmente organizado.

En aquellos casos en que se identifiquen necesidades más intensivas o complejas se creará un Child and Family Team (CFT) formal para que funcione como vehículo primario para la prestación de servicios de acuerdo al Core Practice Model (CPM) a fin de reunir a los miembros individuales significativos del equipo para ayudar a que la familia desarrolle un plan de cuidados que atienda sus necesidades y fortalezas. El papel principal del Child and Family Team (CFT) es el siguiente:

- The Child and Family Team (CFT) reúne un grupo de individuos prestadores de cuidados para que trabajen con, y apoyen al niño y la familia y, además de los miembros del personal de la agencia y los prestadores involucrados en la prestación de servicios a la familia, incluye, al menos, un coordinador y un mentor de apoyo a la familia o especialista en familias para los jóvenes.
- La coordinación del equipo será realizada por un prestador de salud mental, trabajador social o funcionario de libertad condicional. El coordinador mantiene el equipo comprometido y cuenta con las destrezas necesarias para aportar recursos para asistir al menor y la familia.
- Un CFT efectivo continúa el proceso de compromiso con la familia y/o cuidadores en relación a sus fortalezas y necesidades, garantiza que los servicios estén coordinados adecuadamente y brinda un proceso de comunicación transparente.

## APPENDIX “D”

### *Intensive Home-Based Mental Health Services (IHBS)*

Los Intensive Home-Based Services (IHBS) son intervenciones individualizadas basadas en las fortalezas diseñadas para aminorar las afecciones de salud mental que interfieren con el desempeño de un menor. Las intervenciones apuntan a ayudar al menor a construir las destrezas necesarias para un desempeño exitoso en el hogar y en la comunidad y para la mejora de la capacidad de la familia del menor para ayudar a los jóvenes a que se desempeñen exitosamente en el hogar y en la comunidad.

Los IHBS se prestan de acuerdo a un plan de tratamiento desarrollado por un equipo de planificación de cuidados (ver Intensive Care Coordination (ICC)). El equipo de planificación de cuidados desarrolla metas y objetivos para todos los aspectos de la vida en los que la afección de salud mental del menor produce dificultades en el desempeño, incluyendo la vida familiar, la vida comunitaria, la educación, la vocación y la vida independiente, e identifica las intervenciones específicas que se implementarán para alcanzar esas metas y objetivos. Las metas y objetivos deberán buscar maximizar la capacidad del menor de vivir y participar en la comunidad y de desempeñarse independientemente, inclusive mediante el desarrollo de destrezas básicas sociales, comunicativas, conductistas y de la vida. Los prestadores de servicios domiciliarios intensivos deberán participar de las actividades comunitarias en las que el menor tenga la oportunidad de trabajar para alcanzar las metas y objetivos identificados en un entorno natural. Se podrán suministrar un teléfono de contacto y consultas como parte el servicio.

Los IHBS incluyen, aunque sin limitación:

- Educar a la familia del menor y capacitar a la familia para el manejo del desorden del menor;
- Corrección del comportamiento basado en destrezas médicamente necesarias, incluyendo el desarrollo e implementación de un plan de comportamiento con apoyo conductual positivo y ejemplificar a la familia del menor y a otros de qué manera implementar las estrategias conductuales;
- Mejora del cuidado personal, incluso atendiendo las deficiencias relacionadas con las destrezas sociales que interfieren con las tareas de la vida diaria y evitando la explotación por parte de terceros;
- Mejora del manejo autónomo de los síntomas, incluyendo asistencia en la administración autónoma de los medicamentos;
- Mejora del decoro social, incluyendo la atención a las deficiencias relacionadas con las destrezas sociales y el control de la ira;
- Apoyo en el desarrollo y mantenimiento de redes de apoyo social y el uso de recursos comunitarios;
- Apoyo en los objetivos laborales, identificando y atendiendo los comportamientos que interfieren con la búsqueda y conservación de un empleo;
- Apoyo de los objetivos educativos, mediante la identificación y atención de los comportamientos que interfieren con el éxito en un programa académico en la comunidad; y

- Apoyo en los objetivos de vida independiente, identificando y atendiendo los comportamientos que interfieren con la búsqueda y conservación de una vivienda y la vida independiente.

Los IHBS son muy efectivos para evitar que se retire a un menor de su hogar (biológico, tutelar o adoptivo) para internarlo en un hospital, institución residencial de tratamiento u otro entorno residencial de tratamiento.

*Entorno:* Los IHBS pueden brindarse en cualquier entorno en que se encuentre naturalmente el menor, incluyendo el hogar (biológico, tutelar o adoptivo), escuelas, entornos recreativos, centros de cuidados infantiles y otros entornos comunitarios. *Disponibilidad:* Los IBHS están disponibles cuando y donde se los necesite, incluyendo durante la noche y los fines de semana. *Prestadores:* Generalmente los IHBS son brindados por paraprofesionales bajo supervisión médica. Los pares, incluyendo mentores de padres pueden brindar los IHBS. Los casos más complejos podrían requerir que los servicios sean prestados por un médico clínico en lugar de un paraprofesional.

## APPENDIX “E”

### **Intensive Care Coordination (ICC)**

Intensive Care Coordination (ICC) es un servicio responsable de coordinar la evaluación, la planificación de cuidados y la coordinación de servicios, incluyendo los servicios de urgencias [para niños/jóvenes que cumplan con el criterio de ser integrantes del grupo demandante *Katie A.*].

Intensive Care Coordination (ICC) brinda:

- Un punto único de contabilidad para garantizar el acceso, coordinación y prestación de los servicios médicamente necesarios de un modo individualizado, impulsados por la familia/jóvenes y de relevancia cultural y lingüística, basado en las fortalezas.
- Servicios y apoyos orientados por las necesidades de los jóvenes;
- Coordinación del vínculo colaborativo entre un joven, su familia y los sistemas involucrados de atención de menores.
- Apoyo al padre/cuidador en la satisfacción de las necesidades de sus jóvenes;
- Un proceso de planificación de cuidados garantiza que un coordinador de cuidados organice y vincule los cuidados entre prestadores y los sistemas de atención de menores que permiten la atención del joven en su comunidad local; y
- Desarrollo coordinado del Child and Family Planning Team (CFT).<sup>3</sup>

*Los componentes del servicio ICC son:*

**Evaluación:** El CFT completa una evaluación integral basada en las fortalezas, impulsada por las necesidades, para organizar y guiar el desarrollo de un Individual Care Plan (ICP) y de un plan de control de riesgos/seguridad. El proceso de evaluación determina las necesidades de los jóvenes relacionadas con cualquier servicio médico, educativo, social de salud mental u otro servicio. La ICC también podría incluir la planificación y coordinación de necesidades urgentes antes de que se complete la evaluación integral. La evaluación inicial se reverá según sea necesario, pero al menos cada 90 días.

**Planificación: Desarrollo de un Individual Care Plan (ICP):** Usando la información reunida mediante una evaluación, el coordinador de cuidados acuerda y coordina las reuniones del CFT y el CFT elabora un Individual Care Plan (ICP) centrado en el niño y la familia que especifica las metas y acciones a realizar para brindar los servicios médicos, educativos, sociales, de salud mental u otros servicios necesitados por el joven y la familia. El coordinador de cuidados trabaja directamente con el joven, la familia y otras personas significativas para el menor a fin de identificar las fortalezas y necesidades del joven y la familia y desarrollar un plan para satisfacer esas necesidades y alcanzar esas metas.

**Derivación, monitoreo y actividades relacionadas:**

- trabaja directamente con el joven y la familia para implementar elementos del ICP;
- prepara, monitorea y modifica el ICP en combinación con el CFT; para determinar si se están suministrando los servicios de acuerdo con el ICP; si los servicios del ICP son

---

<sup>3</sup> El CFT incluye, según corresponda, tanto apoyo formal, tal como el coordinador de cuidados, prestadores, administradores de los casos pertenecientes a agencias de atención de menores y apoyos naturales como los miembros de la familia, los vecinos, amigos y clérigos.

adecuados; y si esto se debe a cambios en las necesidades o a la condición del joven, y de ser así, ajustar el plan de cuidados como sea necesario, en combinación con el CFT;

- identificará, asistirá en forma activa al joven y la familia para obtener y monitorear la prestación de servicios disponibles incluyendo servicios médicos, educativos, de salud mental, sociales, terapéuticos u otros.

**Transición:**

- desarrolla junto al CFT un plan de transición cuando el joven haya alcanzado las metas del ICP; y
- colabora con otros prestadores de servicios y agencias en representación del joven y la familia.

*Entorno*

El ICC puede brindarse a niños que vivan y reciban servicios en la comunidad (incluyendo en TFC) así como a niños que se encuentren actualmente en un hospital, hogar grupal, u otra institución o congregación como parte del plan de alta.