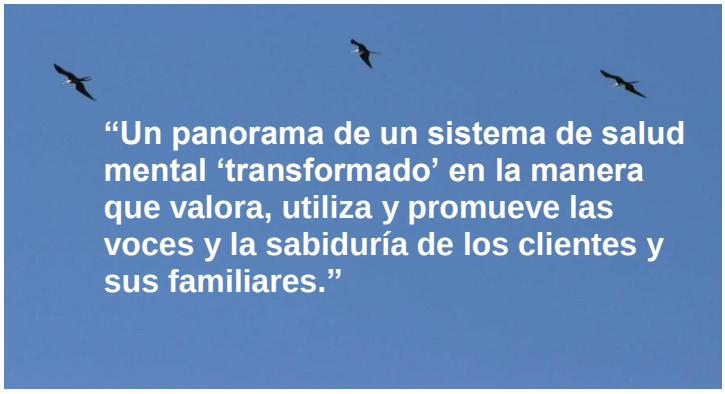
MHSOAC

Mental Health Services
Oversight and Accountability Commission

"Transformación del sistema de salud mental fomentada por los clientes y enfocada a las familias a través de la Ley de Servicios de Salud Mental de California"



Comité de Liderazgo para Clientes y Familias (CFLC)

Agosto de 2011

Índice

Resumen ejecutivo 3

Introducción
por el comisionado de la MHSOAC Eduardo Vega 8

Antecedentes 12

Objetivos

Procesos de planeación comunitaria 15
Elaboración de políticas 15
Competencia y efectividad culturales 16
Programa de salud mental y prestación de servicios 16
Vivienda 17
Empleo de los clientes y sus familiares en el sistema de salud mental y en la fuerza laboral de la comunidad 17
Educación 18
Prevención e intervención temprana 19
Reducción del estigma, el abuso y la discriminación 19

Transformación – ¿qué se requerirá?

Procesos de planeación comunitaria 21
Elaboración de políticas 23
Competencia y efectividad culturales 25
Programa de salud mental y prestación de servicios 26
Vivienda 29
Empleo de los clientes y sus familiares en el sistema de salud mental y en la fuerza laboral de la comunidad 31
Educación 33
Prevención e intervención temprana 35
Reducción del estigma, el abuso y la discriminación 37

Conclusión 38

Agradecimientos 40

Resumen ejecutivo

"Transformación del sistema de salud mental fomentada por los clientes y enfocada a las familias a través de la Ley de Servicios de Salud Mental de California"

(Documento sobre las políticas de la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental [Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC])

En 2004, los votantes de California aprobaron la propuesta 63, la Ley de Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Act, MHSA), para expandir y financiar en todo el estado la nueva generación de programas de salud mental de mejores prácticas e impulsados por la recuperación. A pesar de que la palabra "transformación" no se usa en los estatutos de la MHSA, la percepción de mucha gente, sobre todo clientes, familiares, padres y cuidadores, ha sido que la transformación del sistema de salud mental es una meta y una expectativa para la MHSA. Mucha gente a lo largo del país percibió a la MHSA como el primer esfuerzo a nivel estatal que incluía todos los elementos necesarios para abordar y desarrollar un sistema de salud mental transformado. Aunque se reconoce que la palabra transformación simplemente significa un cambio, se esperaba que la MHSA proporcionara los cimientos y fungiera como catalizador para obtener un cambio y una mejora globales del sistema de salud mental de California que pudiera ser descrito de manera razonable como transformacional.

Los elementos de transformación abordados en los estatutos de la MHSA incluyen:

- requisitos para obtener una participación significativa de las partes interesadas, de los clientes, familiares, padres y cuidadores, en la planeación y servicios locales;
- desarrollo de servicios que demuestren competencia y efectividad culturales y lingüísticas;
- servicios y apoyos globales, integrados y enfocados en el bienestar/la recuperación/la resiliencia;
- promoción del empleo de los clientes de salud mental y sus familiares en el sistema de salud mental;
- promoción de servicios operados por los consumidores como una manera de apoyar la recuperación;
- servicios de vivienda;
- servicios de prevención e intervención temprana;
- financiamiento para servicios innovadores;
- recursos para la educación y capacitación de la fuerza laboral para apoyar a los trabajadores de la salud mental y permitir que se desarrollen programas nuevos de mejores prácticas
- inversiones fiscales en tecnología e infraestructura.

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC) de California fue establecida por la Ley de Servicios de Salud Mental para asegurar que las innovaciones de la MHSA procedan en su curso innovador y que la experiencia de los clientes, padres, familiares y comunidades sirvan como una orientación continua en el camino.

El Comité de Liderazgo para Clientes y Familias (Client and Family Leadership Committee, CFLC) de la MHSOAC es una manera por medio de la cual la comisión obtiene la participación continua de los clientes y sus familiares. Conforme a ese objetivo, la membresía del CFLC representa un amplio espectro de las partes interesadas de California que tienen experiencia personal o por medio de un familiar con enfermedades mentales y su tratamiento. Además de las experiencias propias con estas enfermedades, el CFLC está conformado por gente de comunidades rurales y urbanas, de orígenes raciales, lingüísticos, culturales y étnicos diferentes; defensores; proveedores de servicios; líderes políticos; jóvenes; y adultos mayores y gente con múltiples discapacidades. Dada su capacidad, el CFLC se encargó de desarrollar un documento sobre las políticas para la MHSOAC acerca de la transformación del sistema de salud mental a través del liderazgo de los clientes y sus familias.

En este documento sobre las políticas se refleja la percepción compartida de la MHSA y la MHSOAC de la siguiente manera:

- La MHSA proporciona una percepción global para los sistemas de salud mental enfocados en la recuperación y resiliencia *y fundamentados por las experiencias propias de los clientes y sus familiares.*

- La MHSOAC fue establecida para supervisar todos los elementos de la MHSA y *se encargaba de asegurar que las experiencias propias de los clientes y sus familiares fundamentaran sus decisiones y sirvieran como una orientación continua.*

- Este documento sobre las políticas de la MHSOAC presenta un panorama del sistema de salud mental *"transformado" en la manera que valora, utiliza y promueve las voces y la sabiduría de los clientes y sus familiares".*

No se trata de incluir a los clientes y a sus familiares en la planeación, políticas y prestación de servicios sólo por incluirlos.

La percepción de la transformación ilustrada en este documento está impulsada por la experiencia y comprensión inherente que la comunidad de clientes/familias ha desarrollado sobre lo que funciona y lo que no funciona, y la manera en que los sistemas pueden utilizar esa experiencia para lograr resultados radicalmente mejores para los sistemas e individuos a los que brindan atención.

La premisa de este documento es que los resultados mejoran cuando se fundamentan en las perspectivas de las personas que han vivido experiencias con problemas de salud mental, incluidas las personas de todas las edades y aquellos que provienen de comunidades raciales, étnicas o culturales sin servicios o con servicios insuficientes y/o inadecuados.

Para tener éxito, los sistemas de salud mental deben estar orientados y fundamentados por: (1) individuos que en su vida hayan tenido experiencias propias de problemas de salud mental que desempeñen funciones importantes en todos los niveles del sistema; y (2) los resultados de los individuos, sus familias, el sistema y las comunidades, incluida la rentabilidad de los servicios de salud mental y sus compañeros comunitarios. Es fundamental que los clientes y sus familiares desempeñen papeles activos en los esfuerzos locales y estatales para evaluar los servicios de salud mental, analizar los resultados de los clientes y del sistema y asegurar que los hallazgos se utilicen para fundamentar futuros financiamientos y decisiones del programa.

Los clientes y sus familiares han experimentado tanto los resultados negativos de las enfermedades mentales como las experiencias positivas del bienestar, la resiliencia y la recuperación.

Como resultado, la sabiduría de la gente que tiene experiencia con enfermedades mentales:

- no puede encontrarse en otra parte
- es esencial para atender a otros en circunstancias similares
- es fundamental para lograr resultados positivos para los individuos, los

Valorar la sabiduría y la orientación de los clientes y familiares junto con un enfoque continuo en los resultados de los programas, los sistemas, los individuos, las familias y las comunidades fundamentará y mejorará las políticas sobre salud mental y la prestación de servicios.

Este documento, que fue adoptado por la MHSOAC en mayo de 2011, presenta una percepción amplia, así como detalles específicos sobre la manera en que se vería todo en un sistema de salud mental fundamentado rutinaria y continuamente por los clientes y familiares que tienen experiencia con enfermedades mentales.

Su enfoque está en las siguientes áreas clave que corresponden a los sistemas de salud mental:

- Procesos de planeación comunitaria
- Elaboración de políticas
- Competencia y efectividad culturales
- Programa de salud mental y prestación de servicios
- Vivienda
- Empleo
- Educación
- Prevención e intervención temprana
- Estigma, abuso y discriminación

Como se presenta, este documento identifica los “objetivos amplios” por tema para transformar el sistema de salud mental a través del liderazgo de los clientes y sus familiares (páginas 14 – 17) y proporciona descripciones globales de lo que se requiere para lograr los objetivos identificados (páginas 18 - 33).

Aunque el “empleo” está identificado como un tema clave en este documento, el empleo de las personas que tienen experiencias propias con enfermedades mentales en el sistema de salud mental destaca como un aspecto específicamente pertinente para todos los demás temas abordados en el documento. Cuando las personas que tienen experiencias propias con enfermedades mentales están empleadas en “todos los niveles” del sistema de salud mental, incluidas las personas que provienen de comunidades raciales, étnicas y culturales con atención insuficiente y/o inadecuada, su experiencia colectiva influye en el sistema en la elaboración de políticas, en la competencia y efectividad culturales, en los programas y la prestación de servicios, en las viviendas, en el empleo, en la educación, en la prevención e intervención temprana y en la reducción del estigma, del abuso y de la discriminación. Sistemáticamente, cuando las personas que tienen experiencias propias con enfermedades mentales están empleadas de manera exitosa en todo el sistema de salud mental, su sabiduría inherente sobre lo que funciona y lo que no funciona se convierte en la sabiduría del sistema y proviene de manera natural, rutinaria y continua desde el interior del sistema mismo. Como tal, el empleo de las personas que tienen experiencias propias con enfermedades mentales (en todos los niveles del sistema de salud mental) es una influencia significativa para el sistema y un indicador del cambio del sistema que la salud mental pública debe rastrear y evaluar. Cuando el número de individuos que tienen experiencias propias con problemas de salud mental empleados de manera satisfactoria en el sistema sea igual al de aquellos empleados que no han vivido estas experiencias, el resultado será una transformación.

El objetivo de este documento era sugerir maneras en las que el sistema de salud mental podría justificar, promover y reconocer una transformación del sistema centrada en los clientes, enfocada en las familias y orientada por diversas personas cuya experiencia incluya retos de salud mental. Aunque en el documento se identifican varios pasos y acciones que pueden llevar a la transformación del sistema fomentada por los clientes y sus familias, el éxito yace en que el sistema comprenda los beneficios de tomar esos pasos y acciones.

No se puede lograr la transformación del sistema de salud mental fomentada por los clientes y sus familias a menos que los departamentos locales de salud mental comprendan el valor de escuchar y aprender de las personas que tienen experiencias propias con problemas de salud mental y la manera en que esto contribuye a establecer programas y servicios que produzcan los mejores resultados de vida para las personas atendidas, que a su vez se convierten en resultados del sistema positivos y rentables.

En este clima de cambios constantes que incluyen crisis presupuestarias y una reforma en el cuidado de la salud, la MHSA sobresale por su percepción y capacidad de lograr cambios positivos en el sistema de salud mental de California y por sus compañeros comunitarios. La MHSOAC ofrece este documento sobre sus políticas como un recurso que puede utilizarse más adelante para definir la percepción de la MHSA y lograr un cambio positivo en

el sistema de salud mental de California mediante el liderazgo esencial de los clientes y sus familias.

.

“Transformación del sistema de salud mental fomentada por los clientes y enfocada en las familias a través de la Ley de Servicios de Salud Mental”

Desarrollada por el Comité de Liderazgo para Clientes y Familias de la MHSOAC de California con una introducción redactada por el comisionado de la MHSOAC Eduardo Vega

Introducción

Mucha gente percibe la La Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) como la culminación de la defensa de los clientes y sus familiares, el resultado de más de cincuenta años de trabajo por parte de los defensores contra prácticas de salud mental del pasado insuficientes, no equitativas, injustas y, en algunos casos, abusivas.[1] La MHSA reemplaza este legado con servicios y apoyo fundamentados en un modelo de recuperación/resiliencia basado en la dignidad y la esperanza al cual los clientes y sus familias acceden y reciben servicios culturalmente competentes, relevantes y efectivos, y tienen todo el poder en sus comunidades para superar los efectos de las enfermedades mentales, incluso las más graves. Con recursos estratégicamente destinados para la recuperación, resiliencia y otros principios revolucionarios, la MHSA destaca como el primer mecanismo a gran escala con la capacidad de lograr la primera “transformación del los sistemas de salud mental” solicitada por el liderazgo en todo el país.

En las últimas décadas, Estados Unidos ha progresado de manera significativa en hacer avanzar las políticas de la salud mental en una escala sistémica nacional. Con la publicación del Informe del cirujano general sobre salud mental, la decisión de la suprema corte en 1999, la decisión de la suprema corte en Olmstead en 1999, se han logrado grandes avances en los servicios, el apoyo, las políticas, los programas y las protecciones para la gente con problemas de salud mental y sus familias a nivel nacional. En 2003, el informe del presidente sobre la Nueva Comisión para la Libertad con el título *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*[2], fundamentado por clientes y familiares en todas partes,

[1] “Cliente”, como lo establece el CFLC, es un término muy imperfecto. Como se menciona aquí, debería interpretarse de manera que signifique cualquier persona que recibe o ha recibido servicios para tratar síntomas o afecciones de salud mental, incluida la población central (para fines de la MHSA) como receptores de los servicios del sistema público, muchos de los cuales están en recuperación, algunos de cuales se encuentran discapacitados durante largo o corto plazo. Otras personas consideran que el otro término de “consumidor de servicios de salud mental” es más genérico en todo el país, pero el CFLC ha decidido emplear este término para ser congruente con el lenguaje de la MHSA. “Familiar” debe interpretarse ampliamente aquí para incluir no solamente a los padres, hijos y parientes de los clientes o aquellos que requieran los servicios y que por alguna u otra razón no los hayan recibido, sino también a los padres de niños pequeños con trastornos emocionales graves (serious emotional disorders, SED) que no están dentro de ninguna categoría del espectro de diagnósticos de enfermedades mentales de adultos y que normalmente reciben servicios de múltiples entidades como escuelas, instituciones de adopción temporal e instituciones de justicia juvenil. Además, para el CFLC es importante que el término familiares incluya a los cuidadores y a los padres adoptivos o tutores no relacionados, así como a las personas que cuidan de la salud de alguien y que son parte de la familia extendida, etc.

[2] New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise*: *Transforming Mental Health Care in America*. *Executive Summary.* DHHS Pub. No. SMA-03-3831. Rockville, MD: 2003.

representó un reto muy fuerte para hacer grandes cambios en la manera en que los servicios de salud mental se prestan, diseñan y discuten.

A partir de los años 60 se iniciaron muchos esfuerzos progresivos para crear y tener un mayor apoyo para la salud mental. Sin embargo, el alcance del cambio que estos nuevos esfuerzos buscaban debe considerarse en términos de transformación, ya que que el modelo de recuperación y resiliencia, basado en hallazgos asombrosos sobre lo que marca una diferencia para la gente que sufre síntomas de enfermedades mentales[3] representa una desviación total de los enfoques de contención institucional, del control de síntomas y del déficit de atención de épocas anteriores, para tener servicios y apoyo basados en la comunidad que fomenten la independencia y promuevan las virtudes y los objetivos individuales.

Sin embargo, hacer que los sistemas masivos y complejos de cuidados y servicios ya no sean iguales a las antiguas creencias y prácticas arraigadas requiere tomar riesgos donde hay aversión hacia éstos. Los esfuerzos a gran escala, el liderazgo de primer nivel, el apoyo público y los recursos enfocados son esenciales para dicho programa, y, en su mayoría, éstos no existían en ninguna parte del país.

Mientras tanto, en California, las iniciativas basadas en la recuperación y promovidas por los clientes y sus familiares estaban progresando de manera significativa. Los programas de la Ley de la Asamblea 3632 (AB 3632) fundados en 1984, mediante el trabajo de defensores de la salud mental que eran padres de niños necesitados, establecieron un compromiso a nivel estatal de prestación de servicios a alumnos con trastornos emocionales graves. En 1989, la Ley de la Asamblea de California 3777 (AB 3777), desarrollada mediante el liderazgo y gran trabajo de dos personas de California que eran padres de adultos con enfermedades mentales, Dan Weisburd y Rose King, creó programas piloto para adultos con el fin de mostrar los resultados de la prestación de servicios basados en la comunidad, orientados a los clientes y enfocados en la recuperación.

Posteriormente se realizaron más esfuerzos innovadores encabezados por defensores y líderes como el entonces miembro de la asamblea y después presidente interino del senado, Darrell Steinberg, incluidas las leyes AB 34 y AB 2034. Estas leyes financiaban los programas enfocados en los clientes en 32 condados y dos ciudades en California. Los sorprendentes logros de estos proyectos con base en los resultados mostraron cómo los servicios y el apoyo basados en la recuperación produjeron reducciones significativas en hospitalizaciones, encarcelamientos y en la cifra de la gente sin hogar.

En 2004, los votantes aprobaron la propuesta 63, la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA), basada en estas iniciativas exitosas, para financiar estos nuevos programas del nuevo modelo de salud mental en todo el estado. Posteriormente, a lo largo del país, con su percepción de recursos enfocados, la MHSA fue contemplada como el primer esfuerzo a nivel estatal que incluyera todos los elementos que podrían realizar una transformación, incluidos los servicios de prevención e intervención temprana, esfuerzos para expandir y transformar a los trabajadores de salud mental, inversiones en tecnología e infraestructura, y

[3] American Journal of Psychiatry, 1987, Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss and Breier

un compromiso con la innovación. La MHSA ofreció a California una manera de mostrar que la promesa de transformar el cuidado de la salud mental en los Estados Unidos *sí* podía cumplirse.

De cualquier manera, todavía hay muchas preguntas sobre la "transformación" y la MHSA. Por ejemplo, ¿cómo saber, o *habrá* manera de saber, si el sistema de California ha alcanzado tal nivel que se puede decir que es un sistema centrado en los clientes, enfocado en las familias y culturalmente competente? ¿De qué manera diferiría este sistema transformado de lo que ya existía antes y de lo que vemos hoy, sobre todo con tantos proyectos de la MHSA que se están llevando a cabo? ¿Cómo sería un sistema de apoyo a la salud mental basado en la recuperación que sea eficiente, integrado y que dé respuestas?

Además, ningún debate con respecto al progreso que ha habido en el ámbito de la salud mental pública ni los cambios sociales en Estados Unidos pueden ser minuciosos sin reconocer el papel que desempeña la raza, la cultura, el origen étnico y la historia de disparidades asociadas con estos aspectos. No todas las razas ni culturas perciben los problemas mentales, los síntomas o la recuperación de la misma manera. Esto, junto con la historia de la discriminación, injusticia racial y trauma, ha fomentado la creación de sistemas en los que las disparidades respecto al acceso a la atención y la calidad de ésta dejan a muchas comunidades sin atención o con atención insuficiente o inadecuada. La gran cantidad de razas, lenguas y culturas de California en particular, exige que la transformación del sistema de salud mental aborde las necesidades de los clientes y sus familias en el contexto de diversidad y efectividad culturales. Para que la MHSA pueda lograr sus objetivos, la gente debe ser atendida de una manera que sea coherente con sus percepciones culturales y tradiciones, y que al mismo tiempo las respete, de una manera en la que se eliminen las disparidades en el acceso a la atención y en la calidad de la misma, y que genere resultados exitosos para toda la gente y las familias a las que se les brinda atención.

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC) de California fue establecida para asegurar que las innovaciones de la MHSA procedan en su curso innovador y que las vivencias de los clientes, padres, familiares y comunidades sirvan como una orientación continua en el camino. Esta orientación, combinada con un enfoque continuo en los resultados de los programas, los sistemas, los individuos, las familias y las comunidades, fundamentará las políticas y la prestación de servicios y proporcionará información sobre la manera en que la MHSA ha cambiado al sistema público de salud mental de California a través del tiempo, es decir, si realmente ha habido una trasformación.

Lo que es seguro es que la enorme ola de cambios iniciada a través de la MHSA persiste. Mediante los programas de la MHSA, se fomenta la innovación y se desarrollan nuevos y mejores proyectos a lo largo de California, y también se llevan a cabo de diferentes maneras. La combinación de esto con las crisis presupuestarias de la actualidad, la reforma del cuidado de la salud y otros retos, asegura que el ritmo de estos cambios no se frenará.

Cada debate de políticas fundamentado en la percepción de un sistema de salud mental transformado resalta lo importante que es la participación en todos los niveles de la implementación de políticas, planeaciones y servicios de aquellas personas cuyas vidas se

han visto directamente afectadas por enfermedades mentales La MHSA fue diseñada para asegurar su participación a nivel local y la MHSOAC estaba comprometida a priori con esto como un principio operativo. Como se hace evidente en la membresía de la comisión, el trabajo del Comité de Liderazgo para Clientes y Familias (CFLC) y de muchos esfuerzos activos es hacer que la gente que tiene experiencia con enfermedades mentales participe en todo el espectro de esfuerzos de la MHSOAC.

Aunque no sea posible ver claramente durante un tiempo si ha habido una transformación global en California, sí es claro que sí ha habido cambios transformativos a través de la MHSA. El presente documento tiene como objetivo ayudarnos a identificar señales a lo largo de este sendero de cambios. No está dentro de nuestro alcance identificar aquí todo el universo de los elementos que podrían transformar los sistemas de salud mental. Más bien, lo que se ofrece aquí, como contribución a otras entidades de trabajo con objetivos similares, es algo parecido a una fotografía, una percepción de la transformación del sistema de salud mental como la que tendría un liderazgo de clientes y sus familiares, que identifica muchos elementos fundamentales que podrían usarse para medir los resultados.

El CFLC espera que investigaciones y debates posteriores con respecto a estas cuestiones inspiren a otros clientes y familias a que haya un mayor liderazgo de clientes y sus familiares, como lo prevé la MHSA. Como resultado, si la percepción de la MHSA se acepta aquí en California o en otra parte, entrará en acción la experiencia de más clientes y sus familias, y de esta manera se inspirarán más partes interesadas. Estas asociaciones son necesarias para el cambio transformativo. Son el mejor recurso para llevar a cabo el trabajo difícil y crucial de transformar nuestras comunidades en lugares donde haya disponible para todos aquellos que lo necesiten un apoyo a la salud mental positivo, digno y efectivo en el que el bienestar personal y la salud sean percibidos como un derecho humano fundamental.

Eduardo Vega, comisionado de la MHSOAC
Presidente del Comité de Liderazgo para Clientes y Familias de la MHSOAC

Antecedentes

La aprobación de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) de California en 2004 fue percibida por los defensores de la salud en todas partes como un logro clave que culminó décadas de esfuerzos para rediseñar de manera fundamental los servicios y el apoyo para la gente y familias afectadas por enfermedades mentales, y así mejorar los resultados para las personas, familias y comunidades.

Aunque la necesidad de dicha "transformación" ha sido reconocida durante algún tiempo, primero por defensores y luego por el liderazgo público, incluido el cirujano general de EE. UU., la Administración del Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Administración de Servicios de Salud Mental y de Abuso de Sustancias, la percepción de un sistema basado en un modelo de recuperación culturalmente competente, centrado en los clientes, en las familias y en el bienestar, ha eludido su implementación en la mayor parte del país debido a que no ha habido el financiamiento de los servicios y apoyo a la salud mental, o éste se ha mostrado inflexible o ambas cosas han sucedido.

La MHSA aborda y mantiene muchos elementos de un sistema de salud mental transformado, incluida la participación significativa de clientes y familiares en la planeación y prestación de servicios, competencia cultural y lingüística, efectividad, servicios y apoyo globales, integrados y enfocados en el bienestar/la recuperación/la resiliencia, la vivienda, los servicios de prevención e intervención temprana, el financiamiento para la innovación y los recursos para la educación y capacitación de los trabajadores para permitir que se desarrollen nuevos programas de mejores prácticas. Aunque la palabra "transformación" no se usa en los estatutos de la MHSA, la percepción de mucha gente, sobre todo de clientes, familiares, padres y cuidadores, ha sido que la transformación es una meta y una expectativa para la MHSA. Actualmente, más de seis años después de que se promulgó la MHSA, hay varias preguntas acerca de la transformación que no se han explorado. ¿Los esfuerzos de la MHSA en sí mismos están afectando la transformación? ¿Cuáles son los elementos más significativos de la transformación? Un objetivo principal de la MHSOAC es utilizar los esfuerzos de evaluación para responder estas preguntas y medir el avance que ha habido en alcanzar los objetivos específicos de la MHSA que pueden asociarse con la transformación.

En la reunión de la MHSOAC en julio de 2010, el comisionado Vega hizo una presentación a los comisionados, al personal y al público respecto a la defensa de clientes y sus familias, la perspectiva, la historia y las prioridades, resaltando el papel que desempeñan los clientes y sus familias en la transformación del sistema de salud mental a través de la Ley de Servicios de Salud Mental. Con base en el interés de la comisión en el tema presentado, el entonces presidente de la MHSOAC, Andrew Poat, pidió al comisionado Vega que dirigiera el CFLC para hacer un borrador del documento sobre las políticas, en el que propusiera una manera de justificar la transformación del sistema desde la perspectiva del cliente y los familiares. Esto es totalmente apto, ya que como lo previó la MHSA, el recurso más poderoso para abordar estas preguntas yace en la experiencia propia de los clientes, sus familiares y sus comunidades.

La membresía del CFLC representa un amplio espectro de las partes interesadas de California que tienen experiencias propias con enfermedades mentales y su tratamiento de manera personal o por algún familiar que las haya padecido. Además de esta experiencia, el CFLC está conformado por gente de comunidades rurales y urbanas, de orígenes raciales, lingüísticos, culturales y étnicos diferentes; defensores; proveedores de servicios; líderes políticos; jóvenes; y adultos mayores y gente con múltiples discapacidades.

Como respuesta a su cargo de julio de 2010, el CFLC acordó crear el presente documento como un marco para examinar pieza por pieza una percepción completa del sistema de salud mental transformado de los clientes y familiares de gente con enfermedades mentales, incluidos aquellos provenientes de comunidades étnicas y culturales con atención insuficiente. Un tema general que afecta todos los demás fue elegir un lenguaje y una terminología preferidos e inclusivos al referirse a los clientes y familiares. Para el CFLC era muy importante el hecho de que el lenguaje que se usara mostrara dignidad y respeto a los individuos que se mencionaban. Hubo debates sobre cómo referirse a ellos: “personas con enfermedades mentales”, “personas con problemas de salud mental” o “personas con experiencias propias con problemas de salud mental”. Como está escrito, este documento utiliza todos estos términos con el fin de brindar el mayor respeto posible.

Otras aportaciones y debates relacionados abordaban la necesidad de emplear una terminología inclusiva al referirse a los clientes y familiares. Hubo aportaciones sobre la necesidad de reconocer la edad al referirse a los clientes y sus familiares, y de incluir a los clientes y familiares de todas las edades. Con respecto a los familiares, debido a que los niños y los jóvenes normalmente tienen cuidadores que no son familiares, el CFLC acordó que las referencias a familiares deben incluir “personas que fungen como cuidadores”. En vez de repetir este reconocimiento a lo largo del documento, hay una nota al pie de página que aborda estas inquietudes en la página 8.

Otros debates y aportaciones tenían que ver con la necesidad de expandir las referencias a poblaciones “con atención insuficiente” para incluir: (1) poblaciones que “han carecido de los servicios adecuados” a lo largo del tiempo como los indígenas estadounidenses y con frecuencia los afroamericanos; y (2) aquellas personas o poblaciones que posiblemente nunca han recibido atención y como consecuencia nunca se han convertido en “clientes y familiares”. Este documento aborda esas dos inquietudes.

Además, los clientes y familiares con experiencias propias con trastornos concomitantes de enfermedades mentales y uso de sustancias se identifican como un “grupo cultural” que recibe atención insuficiente o inadecuada”. Las condiciones concomitantes de las enfermedades mentales y el uso de sustancias son muy frecuentes y normalmente no son abordadas de manera coordinada por los programas de salud mental y de alcohol y drogas. Una gran cantidad de estudios demuestra que el cuidado integrado es necesario con el fin de proveer un tratamiento exitoso para los trastornos concomitantes; sin embargo, actualmente, la disponibilidad del tratamiento global e integrado para problemas de salud mental y de uso de sustancias es la excepción en vez de la norma. Como resultado, las personas con enfermedades mentales concomitantes y de uso de sustancias están entre los grupos de California que más sufren de atención insuficiente o inadecuada. La necesidad no

atendida de tratamientos para problemas mentales y uso de sustancias en comunidades raciales y étnicas con atención insuficiente es aún mayor.

Durante varios meses, el CFLC se reunió para analizar todas las preguntas que surgieron en sus debates y parar articular los cambios cruciales que sería necesario hacer para construir una red culturalmente competente de apoyo y servicios centrada en los clientes y enfocada en las familias, como lo previó la MHSA.

El objetivo del CFLC era presentar un panorama de cómo sería todo en un sistema de salud mental transformado, fundamentado en el liderazgo de los clientes y sus familiares. Como parte de ese proceso y debate, el comité identificó áreas del sistema de salud mental que quería que se abordaran en este documento y las barreras en cada una de esas áreas que tendrían que desaparecer para hacer posible la transformación. Al final de este documento se presenta una percepción de cómo sería todo en un sistema de salud mental transformado en las siguientes áreas clave relacionadas con la salud mental:

- Procesos de planeación comunitaria
- Elaboración de políticas
- Competencia y efectividad culturales
- Programa de salud mental y prestación de servicios
- Vivienda
- Empleo
- Educación
- Prevención e intervención temprana
- Estigma, abuso y discriminación

El presente análisis expone brevemente los principales elementos de la visión de una nueva realidad, que fácilmente podría tomar hasta miles de páginas. Se refiere a puntos específicos, ninguno de los cuales sería suficiente por su propia cuenta para indicar la transformación, pero todos ellos serían evidentes en esta realidad transformada. Lo más probable es que la “verdadera transformación” sólo ocurrirá cuando todas estas piezas estén dinámicamente interconectadas en un verdadero nuevo “sistema de cuidado” que, a su vez, transforme el entorno social a su alrededor y cree un nuevo mundo, o por lo menos un mundo de muchas posibilidades diferentes para las personas afectadas por enfermedades mentales.

Tal como se presenta en este trabajo desarrollado por el CFLC, primero se identifican los objetivos generales por área de estudio para la transformación del sistema de salud mental a través del cliente y el liderazgo de la familia (páginas 15 - 19). En el documento se examina lo que se necesitaría para alcanzar esas metas. Se identifican aspectos específicos del cambio, como las barreras que se deben superar para cumplir con las metas y crear un “sistema transformado” ideal (páginas 21 a 38). Además, el documento identifica las disposiciones legales y el lenguaje de la MHSA correspondientes a cada área de estudio discutida.

Objetivos para la transformación del sistema de salud mental fomentada por los clientes y enfocada en las familias a través de la Ley de Servicios de Salud Mental de California

Objetivos de los procesos de planeación comunitaria:

- Que las actividades de planeación comunitaria de salud mental:

    1. siempre se informen a través de las voces y la experiencia de las personas que lo han vivido en carne propia y que pertenecen a grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos, marginados y/o atendidos de manera insuficiente o inapropiada, y
    2. sean sólidas y permanentes, independientemente de las cuestiones fiscales.

- Que los clientes y familiares de aquellos grupos comunitarios atendidos o desatendidos, marginados y/o atendidos de manera inapropiada[4] establezcan los objetivos de salud mental y las prioridades de los recursos.

Objetivos de la elaboración de políticas:

- Que los clientes y sus familias, incluidos aquellos de las comunidades raciales, étnicas y culturales desatendidas y marginadas, impulsen la elaboración de las políticas del sistema de salud mental.

- Que la política de salud mental esté constantemente informada acerca del bienestar culturalmente relevante, la recuperación y los principios de resiliencia, las experiencias propias de los clientes y de los miembros de la familia, incluidos los de las comunidades raciales, étnicas y culturales desatendidas, marginadas y/o atendidas de manera inapropiada, las necesidades y valores de la comunidad y las pruebas de evaluación de resultados en curso.

- Que los clientes y sus familiares desempeñen papeles activos en los esfuerzos locales y estatales para evaluar los servicios de salud mental, analizar los resultados de los clientes y del sistema, y asegurar que los hallazgos se utilicen para fundamentar futuros financiamientos y decisiones del programa.

[4] Las referencias a grupos culturales atendidos de manera “insuficiente” y/o “inapropiada” incluyen a clientes y familiares que han vivido la experiencia de una enfermedad mental y el consumo de sustancias como padecimientos concomitantes.

Objetivos para la competencia y efectividad culturales:

- Como resultado de que los individuos con problemas de salud mental, provenientes de las poblaciones raciales, étnicas y culturales desatendidas, marginadas y atendidas inapropiadamente, sean empleados del sistema de salud mental en todos los niveles o trabajen en colaboración con éste:

    1. que la comunidad de salud mental comprenda cómo los grupos raciales, étnicos y culturales perciben los problemas de salud mental y los servicios.
    2. que los grupos raciales, étnicos y culturales tengan una mejor comprensión de los problemas y servicios de salud mental.
    3. que los resultados documenten que:
        - la discriminación histórica y las barreras para los grupos raciales, étnicos, culturales hayan disminuido
        - es evidente una visión de la relevancia cultural del bienestar, la recuperación y la resiliencia: (1) en los sistemas públicos que sirven a comunidades raciales, étnicas y culturales; y (2) en esas comunidades.
    4. Que el personal de salud mental sea una mezcla de personas con y sin experiencias propias, incluidos aquellos provenientes de grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o atendidos inapropiadamente.
    5. Que el sistema y las comunidades estén plenamente informados y capacitados para ofrecer servicios de salud mental que sean cultural y lingüísticamente apropiados.

Objetivos para el programa de salud mental y prestación de servicios:

- Que todos los programas de salud mental, independientemente de la configuración, se basen en la fortaleza y reflejen bienestar/recuperación/resiliencia de los valores del modelo y los estándares para la prestación de servicios.

- Que los servicios se suministren siempre con dignidad y respeto por el individuo al que se sirve, sean de carácter voluntario, promuevan la auto-determinación y empleen modos de intervención respetuosa y eficaz.

- Que los clientes y los familiares tengan acceso a y reciban los servicios que corresponden a su edad, raza, etnia, cultura y/o circunstancias culturales específicas, tales como la falta de vivienda.

- Que los servicios estén diseñados para apoyar a los clientes donde se encuentren. Como tales, los servicios, los apoyos y la capacitación deben estar destinados a las personas en todas las etapas de recuperación, incluidos los que no han sido atendidos en el sistema de salud mental anteriormente.

- Que los clientes y familiares cuenten con lo que necesiten para recuperarse en una red de apoyo integrada y de atención que responda a sus necesidades integrales,

tales como vivienda, salud física, o la presencia de padecimientos concomitantes, como alguna enfermedad mental y el abuso de sustancias y/o alguna discapacidad física.

- Que los resultados documenten una mejora en la vida de los clientes y familiares, así como una mejora en los resultados del sistema de salud mental y sus socios de la comunidad.

- Que los clientes y familiares estén plenamente autorizados en la configuración del programa.

- Que los programas diseñados y ejecutados por los clientes y familiares sean una parte integral del sistema de salud mental.

- Que los servicios para niños y jóvenes se basen en la fortaleza, se enfoquen en el bienestar/recuperación/resiliencia, se centren en la familia y se impulsen por las necesidades.

Objetivos para la vivienda:

- Que haya viviendas accesibles y de calidad disponibles para las personas con enfermedades mentales o trastornos emocionales y sus familias en todas las comunidades de California.

- Que haya diversos tipos de asistencia y apoyos de vivienda, incluidas mas no limitadas a la vivienda de emergencia, viviendas de apoyo, subsidios de vivienda, viviendas de Sección 8, inquilino principal de la vivienda, vivienda compartida y vivienda accesible en general, disponibles y adecuados para las personas que reciben servicios en todos los niveles de salud mental del sistema.

Objetivos para el empleo de los clientes y familiares en el sistema de salud mental y la fuerza laboral comunitaria:

- Que los clientes y familiares, incluidos aquellos de grupos raciales, étnicos y culturales marginados y/o con servicios inapropiados, sean reconocidos por el valor de sus experiencias propias y se empleen para que desempeñen funciones importantes en todo el sistema de salud mental y en la fuerza laboral de la comunidad.

- Que la actividad laboral, o alguna actividad productiva de otro tipo, sea una expectativa y se enfoque en el servicio a clientes, independientemente de su entorno físico (es decir, residencial o institucional). Esto incluye apoyo para los clientes y familiares empleados en el sistema de salud mental o la fuerza laboral de la comunidad en todas las etapas de recuperación.

Objetivos para la educación:

- Que el sistema de salud mental considere que la educación y los apoyos necesarios para que haya un avance en las habilidades laborales y un regreso a la fuerza laboral de la comunidad son elementos centrales para la recuperación y el diseño del programa.

- Que existan programas de educación superior en todo California que ofrezcan certificados y otros programas académicos para las personas con experiencias propias en salud mental, a fin de prepararlos para un empleo en el sistema de salud mental u otros sistemas relacionados con este servicio.

- Que no haya barreras sistémicas que impidan a las personas que han experimentado un problema de salud mental completar programas de educación superior que los preparen para un empleo en la fuerza laboral de la comunidad.

- Que los resultados documenten que las personas con experiencias propias con problemas de salud mental o en riesgo de enfermedad mental son capaces de cumplir sus metas educativas.

Objetivos para la prevención e intervención temprana:

- Que los recursos de prevención e intervención temprana (Prevention and Early Intervention, PEI), que incluyen apoyo a la familia y/o compañeros, sean suficientes y se utilicen con eficacia para:

    1. reducir los efectos negativos de las enfermedades mentales en los individuos y las comunidades;
    2. aumentar el acceso oportuno a los servicios para grupos marginados y/o atendidos de manera inadecuada, y
    3. reducir las disparidades de salud mental en comunidades raciales, étnicas y culturales.

- Que como resultado de las estrategias y campañas de PEI a largo plazo encaminadas a reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales o trastornos emocionales y sus familias en California:

    1. haya una reducción en la discriminación hacia personas con enfermedades mentales o trastornos emocionales y sus familias; y
    2. sea más probable que los individuos con síntomas iniciales, las familias, los amigos, los empleadores, los proveedores de atención básica, el personal escolar y otros miembros de la comunidad reconozcan los primeros signos de problemas de salud mental, busquen y obtengan ayuda.

Objetivos para la reducción del estigma, el abuso y la discriminación:

- Que la gente con problemas de salud mental esté incluida y apoyada para llevar una vida plena y significativa en las comunidades de su elección y que el estigma no conduzca a la exclusión social o el aislamiento de nadie.

- Que se desmitifique a las enfermedades mentales, en sus diversas formas, al nivel básico de la comprensión humana, para que las personas con alguna enfermedad mental sean vistas totalmente como parte de la comunidad humana, con esperanzas, sueños y temores, como todos los demás.

- Que el estigma no impida a las personas buscar ayuda para sus problemas de salud mental, bienestar familiar y recuperación personal.

- Que se reduzca el estigma internalizado (es decir, vergüenza, culpa, baja autoestima y baja autoeficacia) de las personas con problemas de salud mental y sus familias a través de programas de capacitación basados en la fortaleza.

- Que se erradiquen las prácticas abusivas, deshumanizantes y degradantes del sistema de atención de salud mental.

- Que se elimine la discriminación contra las personas diagnosticadas con enfermedades mentales y sus familias en los centros de salud, empleo, vivienda, educación, actividades sociales o cívicas, y comunidades en general.

Transformación – ¿Qué se requerirá?

Hasta el momento, este documento ha identificado objetivos generales para la transformación del sistema de salud mental a través del liderazgo del cliente y de la familia. La pregunta es, ¿qué es exactamente lo que se necesitará en cada una de estas áreas para alcanzar esas metas? Lo que sigue en este documento es un análisis, tanto de las barreras para la transformación de los sistemas de salud mental como de la identificación de elementos de cambio específicos que podrían eliminar esas barreras.

Procesos de planeación comunitaria

Los procesos de planeación comunitaria son parte integral de los sistemas de salud mental que comprenden el impacto de sus diversas políticas y procedimientos, desde la perspectiva de los que reciben el servicio y de los que no suelen recibirlo. Esto incluye a personas con diferentes antecedentes que están recibiendo los servicios, y a aquellas que pertenecen a los grupos raciales, étnicos y culturales que están desatendidos, marginados y/o atendidos inapropiadamente. Aunque la "inclusión" de los clientes y familiares de orígenes múltiples en la planeación comunitaria es un objetivo, la verdad es que lo que las personas con experiencias propias en la salud mental aportan no se puede encontrar en ningún otro lado. Los esfuerzos de planeación comunitaria y sus posibles resultados mejoran cuando las personas con experiencias propias de salud mental aportan sus conocimientos. Esa experiencia incluye el entendimiento de primera mano acerca de: (1) una enfermedad mental, (2) la fortaleza y la capacidad de las personas con alguna enfermedad mental o en riesgo, (3) los efectos del sistema sobre las personas que sirve, (4) los servicios y apoyos necesarios; y (5) lo que funciona. La MHSA valora claramente las voces de los clientes y sus familias en todos los aspectos del sistema de salud mental, y requiere que los planes y las actualizaciones de los fondos de la MHSA sean desarrollados con los adultos y ancianos con enfermedades mentales graves, así como con las familias de los niños. Como resultado de la MHSA, los condados de California han desarrollado procesos de planeación comunitaria que han involucrado a alrededor de 130,000 partes interesadas en todo el estado. A pesar de haber mejorado y de haber logrado que diversas partes interesadas participaran en la planeación, todavía existen barreras que impiden mantener el impulso de este proceso, así como la inversión y el interés continuos de los interesados.

Debido a que los múltiples procesos de planeación ocurrieron al mismo tiempo en que los diversos componentes de la MHSA se lanzaron para Servicios y apoyos comunitarios, Prevención e intervención temprana, Fuerza laboral, Educación y Capacitación, Vivienda e Innovación, muchos interesados y el personal del condado experimentaron agotamiento con el tiempo. Si bien se reconoce que los condados hicieron un excelente trabajo en la organización e implementación de los procesos de planeación comunitaria de la MHSA en toda California, sabemos que con frecuencia se esperaba que las partes interesadas, en particular aquellas que provenían de comunidades raciales, étnicas y culturales desatendidas, marginadas y/o con servicios inapropiados, participaran en la planificación de actividades, aunque se sintieran incómodas y poco familiarizadas con el proceso, no pudieran tomar tiempo libre del trabajo, no contaran con medios de transporte o de cuidado

de los niños, ni tuvieran traducción u otros apoyos culturales. Seguir participando y mantener el interés de las partes interesadas que previamente han sido parte del proceso, mientras se llega a nuevos interesados, es todo un reto. Sin embargo, como se discutió anteriormente, el beneficio vale la pena el esfuerzo. Aunque el alcance y apoyo de las partes interesadas pueden volverse aún más difíciles cuando se combinan con la crisis fiscal que enfrentan en la actualidad los condados en California, también se vuelven más esenciales para que las comunidades planifiquen de una manera que se obtengan los mejores resultados para las personas a las que se da servicio, lo que a su vez se traduce en resultados positivos y costos eficientes para el sistema.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Los departamentos locales de salud mental comprenden el valor de escuchar y aprender de las personas que han tenido experiencias propias con problemas de salud mental y cómo esto contribuye a establecer programas y servicios que produzcan los mejores resultados de vida para las personas atendidas, que a su vez se convierten en resultados del sistema positivos y rentables.
2. Los clientes y familiares que participan en los procesos de planeación comunitaria, incluidos los representantes de grupos raciales, étnicos o culturales desatendidos y/o atendidos de manera inapropiada, son capaces de revisar las discusiones previas antes de que cualquier posible uso o no uso de su aportación se considere integrado en todas las fases de planeación, implementación y evaluación.
3. Se reconoce que el aprendizaje es mutuo entre los sistemas de salud mental y los clientes y los familiares que participan en los procesos de planeación comunitaria.
4. Los departamentos locales de salud mental tienen éxito en la continua participación de las partes interesadas a través del uso de información oportuna y actualizaciones, la educación comunitaria, la publicidad y divulgación, las reuniones previstas de los interesados y las estrategias para la motivación y la reducción del desgaste de las partes interesadas.
5. Los condados asignan los recursos adecuados para apoyar los esfuerzos de planeación comunitaria, incluidos el alcance y los apoyos necesarios para fomentar y aumentar la participación de las partes interesadas. Los problemas fiscales no se traducen en menos de una inversión en la planeación comunitaria y participación de las partes interesadas.
6. Las oportunidades para la participación de las partes interesadas se caracterizan por la comunicación abierta y bidireccional mediante la cual se solicita y proporciona la información.
7. El alcance continúa extendiéndose a las partes interesadas existentes y los grupos comunitarios; las personas con experiencias propias, incluidos los miembros de grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos, marginados y/o con servicios inapropiados; los comités de asesoría/dirección de la MHSA; las juntas directivas de salud mental; los grupos de defensa de la salud mental; la aplicación de la ley y al sistema de justicia, incluida la libertad provisional; los educadores; las organizaciones de bienestar infantil; los proveedores; y las organizaciones no lucrativas.
8. La ampliación en la cobertura para las poblaciones raciales, étnicas y culturales marginadas y desatendidas se ve reforzada por la colaboración con los socios y líderes comunitarios de esas comunidades.

9. Se llevan a cabo pequeños grupos de discusión o reuniones dentro de las comunidades raciales, étnicas y culturales, en idiomas distintos del inglés para ampliar la capacidad de obtener aportaciones de los interesados de las poblaciones desatendidas, marginadas y con atención inapropiada que no hablan inglés.

Disposición relativa al proceso de planeación de la MHSA:

La sección 5848(a) del Código de Instituciones de Asistencia Social (Welfare and Institutions Code, WIC) dispone, en parte: "Cada plan y actualización se desarrollará con las partes interesadas locales, incluidos los adultos y ancianos con enfermedades mentales graves, las familias de los niños, adultos y ancianos con enfermedades mentales graves, los proveedores de servicios, las entidades encargadas de hacer cumplir la ley, la educación, las entidades de servicios sociales y otros intereses importantes."

Elaboración de políticas

Con demasiada frecuencia, en los sistemas tradicionales de salud mental, las políticas y los procedimientos han sido desarrollados sin una aportación significativa de las personas con experiencias propias, es decir, clientes y familiares, incluidos los de comunidades raciales, étnicas y culturales desatendidas y/o atendidas de manera inapropiada. Como resultado, las políticas y los procedimientos a veces se desarrollan sin la comprensión y el compromiso con el modelo de bienestar/recuperación/resiliencia; sin conocimiento de las necesidades de determinados grupos raciales, étnicos y culturales; sin información sobre los resultados; y, en general, sin datos de informantes clave que podrían mejorar los resultados globales de los individuos, de los familiares y del sistema. Usualmente, los clientes y familiares carecen de información, educación y/o recursos para participar efectivamente en la elaboración de políticas, y se sienten más desanimados por el tedio de las reuniones, el uso de jerga o lenguaje confuso, y la falta de servicios de interpretación y traducción de materiales para grupos raciales, étnicos y culturales.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Los clientes y familiares, incluidos los que pertenecen a grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos, trabajan en todos los niveles del sistema de salud mental en puestos relacionados con la elaboración de políticas.
2. Las personas con experiencias propias en la salud mental están incluidas en los procesos de contratación de los sistemas de salud mental y, como tales, participan en los paneles de entrevistas para vacantes en todos los niveles del sistema.
3. A los clientes y familiares que no trabajan en posiciones de elaboración de políticas, incluidos aquellos que pertenecen a grupos raciales, étnicos y culturales de poblaciones desatendidas, marginadas y/o atendidas de manera inapropiada, se les ofrece la información, la educación y los recursos o apoyos necesarios para participar eficazmente en las actividades de elaboración de políticas.
4. Los recursos del sistema se dedican a las posiciones de las políticas para las personas con experiencias propias en la salud mental, a la capacitación en defensa legal para los clientes y familiares, y a la tutoría de esos líderes que buscan convertirse en creadores de políticas.

5. Las políticas de salud mental se comunican a través de continuos esfuerzos locales y estatales que sirven para evaluar los servicios de salud mental y analizar a los clientes, la familia y los resultados del sistema. Los clientes y familiares, incluidos los representantes conocedores de comunidades raciales, étnicas y culturales, tienen un papel activo en todos estos esfuerzos.
6. Los clientes y familiares son frecuentemente empleados en el sistema de salud mental para contribuir al diseño de la evaluación, así como para recopilar y analizar distintos tipos de datos de los individuos que reciben los servicios como parte de evaluaciones locales y/o estatales.
7. El sistema ofrece oportunidades para un diálogo continuo entre las partes interesadas, quienes toman las decisiones e implementan los programas; escucha las cuestiones planteadas por los clientes y familiares; e incorpora su experiencia en todo el sistema.
8. Como resultado de un diálogo permanente, la colaboración e información intercambiada entre quienes elaboran las políticas y los clientes y familiares, el aprendizaje se lleva a cabo entre todos los participantes y se implementan los cambios apropiados en la política.
9. Quienes elaboran las políticas se presentan abiertamente como clientes y/o familiares sin miedo al estigma o la discriminación.
10. Para apoyar la participación permanente de las partes interesadas, los profesionales de salud mental y otras personas emplean estrategias para nivelar el campo de juego con los clientes y familiares, evitando el uso de jerga u otro lenguaje confuso, proporcionando materiales de fácil uso, tutoriales, tutorías, reuniones de preparación y otras oportunidades de educación y/o preguntas y respuestas.
11. Servicios de interpretación, materiales traducidos y otros apoyos culturales están disponibles según sea necesario cuando las autoridades, los clientes y los familiares se reúnen para discutir cuestiones de políticas.

Disposiciones de la MHSA relacionadas con la elaboración de políticas:

1. La sección 5878.1(a) del WIC dispone, en parte: “Es la intención de este acto que los servicios proporcionados de acuerdo con lo estipulado en el presente capítulo a niños con una enfermedad mental grave sean justificables, desarrollados en colaboración con los jóvenes y sus familias, culturalmente competentes, e individualizados para abordar las fortalezas y necesidades de cada niño y su familia.”
2. La sección 5822(h) del WIC establece que “El Departamento de Estado de Salud Mental incluirá en el plan de cinco años: (h) La promoción de la inclusión significativa de los consumidores de salud mental y familiares y la incorporación de sus puntos de vista y experiencias en los programas de capacitación y educación en las subdivisiones (a) a (f).”
3. La sección 5846(e) del WIC establece que “La Comisión velará por que la perspectiva y la participación de los miembros y otras personas que sufren enfermedades mentales graves y sus familiares sean un factor importante en todas sus decisiones y recomendaciones.”
4. La sección 5848(a) del WIC dispone, en parte: “Cada plan y actualización se desarrollará con las partes interesadas locales, incluidos los adultos y ancianos

con enfermedades mentales graves, las familias de los niños, los adultos y ancianos con enfermedades mentales graves, los proveedores de servicios, las entidades encargadas de hacer cumplir la ley, la educación, las entidades de servicios sociales y otros intereses importantes."

Competencia y efectividad culturales

No hay discusión de los avances en el ámbito del cambio público de salud mental o social en los Estados Unidos que sea válida sin el reconocimiento del papel de la raza, la cultura y la etnia. No todas las culturas perciben los problemas de salud mental, los síntomas o la recuperación de la misma manera, ni la comunidad de salud mental comprende necesariamente cómo esos diversos grupos ven los problemas de salud mental y los servicios. Esto, combinado con una historia de discriminación y el trauma de la injusticia racial, ha fomentado las desigualdades en el acceso a los servicios del sistema y las disparidades en la calidad y los resultados de la atención de comunidades raciales, étnicas y culturales, dejándolos desatendidos, marginados y/o inadecuadamente atendidos. Para que la MHSA pueda lograr sus objetivos, la gente debe ser atendida de una manera que sea coherente con sus percepciones culturales y tradiciones y que al mismo tiempo las respete, para así generar resultados exitosos para los diferentes individuos y familias.

La gran cantidad de culturas e idiomas de California en particular, exige que la transformación del sistema de salud mental aborde las necesidades de los clientes y sus familias en el contexto de diversidad y efectividad culturales. Tal como se usa aquí, "eficacia cultural" significa que los servicios prestados a los miembros de una comunidad son eficaces en el contexto natural de esa comunidad. El sólo hecho de traducir los materiales o capacitar a los proveedores para la competencia cultural no garantiza que los servicios y apoyos estén sirviendo a la gente eficazmente. Para servir eficazmente a las poblaciones raciales, étnicas y culturales se requiere desarrollar relaciones consideradas y solidarias con cada grupo de la comunidad desatendido, marginados y/o atendido de manera inadecuada.

En un sistema de salud mental transformado:

1. El sistema de salud mental ha participado y desarrollado con éxito relaciones con todas las comunidades raciales, étnicas y culturales que a través de la historia han sido desatendidas, marginadas y/o atendidas de manera inadecuada.
2. Hay proveedores de servicios de salud mental, y/o programas en todos los condados de las comunidades raciales, étnicas y culturales tradicionalmente desatendidas, marginadas y/o atendidas de manera inapropiada.
3. Han sido eliminadas las disparidades tradicionales en el acceso y en los resultados de los servicios de salud mental de las personas desatendidas, marginadas y/o atendidas inadecuadamente de comunidades raciales, étnicas y culturales.

Para obtener información más detallada sobre el papel de la MHSOAC y el enfoque con respecto a las habilidades culturales y lingüísticas, por favor refiérase al Cultural and Linguistic Competence Group Work Plan, presentado a la MHSOAC el 28 de septiembre de 2007, disponible en el siguiente enlace:

http://www.mhsoac.ca.gov/Meetings/docs/Meetings/2007/CLCTRG_WorkplanPpresentation_07Sep21.pdf

Disposiciones de la MHSA relacionadas con la habilidad cultural y la eficacia:

1. La sección 2(b) de la parte de Hallazgos y declaraciones encuentra, en parte, que "Ningún individuo o familiar tiene que sufrir un tratamiento inadecuado o insuficiente debido a barreras del idioma o culturales."

2. La sección 3(c) de la parte de Propósito e intención identifica como un propósito e intención el "ampliar los tipos de programas de servicio exitosos e innovadores generados en California para los niños, adultos y ancianos, incluidos los enfoques de habilidades culturales y lingüísticas para las poblaciones marginadas."

3. La sección 5840(a) del WIC dispone que "el Departamento de Estado de Salud Mental establecerá un programa diseñado para prevenir que las enfermedades mentales se tornen graves e incapacitantes. El programa hará hincapié en mejorar el acceso oportuno a los servicios para las poblaciones marginadas."

4. La sección 5813.5(d)(3) del WIC indica que la planeación de servicios del condado deberá "reflejar la diversidad cultural, étnica y racial de los consumidores de salud mental."
5. La sección 5822 del WIC estipula lo que el Departamento de Salud Mental deberá incluir en su Plan de formación educativa de 5 años.

   Se incluye lo siguiente:

   (i) "la promoción de la inclusión de las habilidades culturales en los programas de formación tal y como aparecen en las subdivisiones de la (a) a la (f)."

6. La sección 5830(a)(1) del WIC dispone que uno de los propósitos de los Programas innovadores es aumentar el acceso a los grupos marginados.

Programa de salud mental y prestación de servicios

La manera en que los sistemas de salud mental organizan sus programas y prestan servicios de salud mental y apoyos puede ser más significativa en términos de efectuar la recuperación personal de los individuos y las familias que atienden, así como de la transformación general del sistema. Todo comienza con el nivel de compromiso entre los proveedores y las personas a las que atienden. Las dimensiones típicas de poder que colocan al proveedor en la posición de experto y al cliente y/o familiares en la posición de tener que seguir el plan del experto, no promueven resultados exitosos para los sistemas o las personas a quienes sirven. Los clientes y los familiares deben compartir el poder con los proveedores de servicios, tener opciones y participar plenamente en la toma de decisiones compartidas.

Además, un sincero entendimiento y compromiso con la recuperación y resiliencia deben ser obvios y practicados en todos los sistemas de salud mental. Ya sea en la salud mental de la comunidad y/o en las unidades de hospitalización/residenciales, nada es más evidente que las palabras y acciones del personal de salud mental, desde los directores a los administradores, a los supervisores y al personal de línea directa. Si las palabras y las expectativas de quienes trabajan en el sistema de salud mental no son consistentes con el bienestar, la recuperación y la resiliencia, los individuos y las familias atendidos por el sistema son menos propensos a lograr esos resultados. Las acciones individuales y del sistema deben incluir que la prestación de servicios se haga con dignidad y respeto para las personas a las que se da servicio desde el primer momento en que se atienden. Para que haya una coherencia con la atención de las personas de manera digna y respetuosa, la restricción y la reclusión involuntaria deben ser eliminadas y reemplazadas con formas de intervención más respetuosas y efectivas.

La evidencia del "modelo de recuperación" está presente en los sistemas de salud mental cuando se emplea en el sistema un gran número de personas con experiencias propias con problemas de salud mental, cuando se encuentran disponibles servicios diseñados y dirigidos por el cliente y éstos reciben apoyo, y cuando los resultados positivos se documentan a través de las experiencias de personas atendidas en el sistema.

Los servicios también deben ser diseñados para llegar a las personas y familias en relación con sus circunstancias personales, prioridades, raza, etnicidad y cultura. Esto puede requerir la atención de las necesidades integrales de las personas y familias, tales como la vivienda, la salud física y/o el abuso concomitante de sustancias. Con frecuencia, la sola oferta de tratamiento de salud mental puede ser rechazada o ser menos que exitosa. En vez de eso, la oferta de servicios y apoyos que se ocupan de las necesidades esenciales de otros puede llevar primero al individuo y/o a la familia a aceptar y ser capaz de hacer un uso eficaz del tratamiento de salud mental.

Ya sea que los servicios y apoyos sean proporcionados por los proveedores de salud mental o de otros tipos, la salud mental actúa como único punto de responsabilidad para las necesidades de servicios de quienes tienen las necesidades más complejas y globales, lo que da como resultado servicios integrados más eficaces. Esto incluye los sistemas de salud mental que trabajan en colaboración con el cumplimiento de la ley y los tribunales para ofrecer servicios que, cuando sea adecuado, darán como resultado personas canalizadas de la cárcel hacia programas que apoyen su recuperación y satisfagan sus necesidades integrales.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Los valores de la MHSA, incluidos el enfoque en el bienestar, la recuperación y la resiliencia, son la base de todos los programas de salud mental pública.
2. Cada condado tiene una fuerza laboral conformada por clientes y familiares, o un órgano similar que incluye a clientes y familiares de comunidades raciales, étnicas y culturales, que presentan informes sobre toda la planeación del programa al director de salud mental y a la junta local de salud mental o a la comisión.

3. Los programas y servicios están “integrados” a nivel de la experiencia de servicio para los clientes y familiares, con un punto de responsabilidad único identificado para la planeación de los servicios individuales y el compromiso con los resultados.
4. Todos los sistemas de salud mental trabajan con las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los tribunales a fin de proveer programas de desviación de la cárcel para personas con una enfermedad mental o las condiciones coocurrentes de la enfermedad mental y el uso de sustancias.
5. Los sistemas tienen estrategias exitosas para ayudar a las personas en la situación que se encuentren, por ejemplo, ocupando en actividades positivas a personas con síntomas de enfermedad mental no tratada.
6. Las personas en todas las etapas de recuperación cuentan con los servicios, los apoyos y/o la capacitación necesarios para vivir satisfactoriamente en la comunidad.
7. Los servicios son de naturaleza voluntaria.
8. Los servicios favorecen la autodeterminación.
9. Los programas y servicios toman en cuenta varias cuestiones raciales, étnicas y culturales, como la provisión de servicios donde vive la gente, en su idioma y tomando en cuenta su situación económica.
10. Los sistemas de salud mental reclutan, capacitan y emplean de manera proactiva a personas con experiencias propias en la salud mental, incluidas aquellas provenientes de poblaciones raciales, étnicas y culturales desatendidas y/o atendidas inadecuadamente.
11. La capacitación en apoyo entre compañeros y los estándares de apoyo entre compañeros están estandarizados en todos los programas y en el estado para apoyar el empleo de personas con experiencias propias en la salud mental u otros sistemas relevantes.
12. Los recursos de los sistemas están dedicados a apoyar a programas y servicios diseñados y manejados por clientes y familiares de menores y grupos poblacionales raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos.
13. Los recursos fiscales y de organizaciones están disponibles para grupos y organizaciones operados por los clientes.
14. Todos los sistemas de salud y escuelas han eliminado las restricciones y la reclusión involuntaria.
15. Todos los sistemas de salud tienen alternativas para los servicios de crisis que utilizan modos de intervención respetuosos y efectivos.
16. Todos los sistemas de salud tienen procesos para la denuncia de irregularidades y para la resolución de problemas, que aseguran que no habrá represalias.

Disposiciones de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) relacionadas con los programas de salud mental y la prestación de servicios:

1. La sección 2(e) de la parte de Fallo y declaraciones estipula, en parte, que “Con tratamiento y apoyo efectivos, la recuperación de la enfermedad mental es factible para la mayoría de las personas.”

2. La Sección 5813.5(d) del WIC estipula que "La planeación de servicios estará de acuerdo con la filosofía, los principios y las prácticas de la visión de recuperación para consumidores de salud mental:

    (1) Promover conceptos clave en la recuperación de los individuos que tienen una enfermedad mental: esperanza, conferir poder personal, respeto, conexiones sociales, responsabilidad por uno mismo y autodeterminación.
    (2) Promover los servicios operados por los consumidores como una manera de apoyar la recuperación.
    (3) Reflejar la diversidad cultural, étnica y racial de los consumidores de salud mental.
    (4) Planear en relación a las necesidades de cada consumidor individual."

Vivienda

La MHSA sugiere que los programas que han demostrado anteriormente su efectividad en California sean expandidos con fondos de la MHSA. Uno de los programas efectivos mencionados fue el programa AB 34 para adultos indigentes en California, reconocido a nivel nacional como un programa de "primero vivienda". Los programas de primero vivienda generalmente se caracterizan por dar prioridad a los servicios de vivienda para individuos que están siendo atendidos por aceptar tratamiento de salud mental. Lo que se notó en los programas AB 34/2034 fue la importancia terapéutica de tener un lugar estable donde vivir y la base que esto representa para la capacidad y deseo de los individuos de progresar en otros aspectos de sus vidas. Los resultados de estos programas documentaron reducciones significativas en los días sin vivienda, días en hospitales y días en la cárcel para las personas atendidas. Un factor que hizo únicos y exitosos a los programas AB 34/2034 fue su capacidad de usar fondos de los programas de manera flexible para subsidiar y/o apoyar la vivienda que mejor se adecuara a las necesidades de las personas procedentes de las calles, hospitales y cárceles, frecuentemente con las condiciones concomitantes de la enfermedad mental y uso de sustancias. De acuerdo con los sistemas identificados como poseedores de "las mejores prácticas"[5], varios programas AB 34/2034 desarrollaron diferentes tipos de vivienda para personas con las condiciones concomitantes de la enfermedad mental y uso de sustancias con base en el punto en que se encontraba el individuo en cuanto a su recuperación. Los tipos de vivienda que se manejan, entre los cuales los clientes pueden escoger, podrían incluir viviendas donde se requiere la abstinencia, viviendas donde se alienta a la abstinencia, o "mojadas", es decir, que la abstinencia no es la meta principal de la persona que está siendo atendida. La evidencia del éxito del programa se observa en los resultados documentados para estos programas que mostraron que aproximadamente 5,000 personas atendidas en estos programas en enero de 2004 tuvieron una reducción de días sin vivienda del 71.5%; una reducción del 75% de días en la cárcel; y una reducción del 61% de días en hospitales.

[5] "Changing the World: The Design and Implementation of Comprehensive Continuous Integrated Systems of Care for Individuals with Co-occurring Disorders", Minkoff and Cline, 2004

Al entender que los programas flexibles, el uso flexible del dinero de los programas y los apoyos fiscales para la vivienda son elementos críticos de los programas efectivos que conducen a resultados de salud mental positivos y mensurables, se identificaron fondos de la MHSA para apoyar tipos de viviendas específicos disponibles bajo el componente de Servicios y Apoyos de la Comunidad (Community Services and Supports, CSS) de la MHSA. Dentro del componente de CSS, los fondos de la MHSA financian varios tipos de viviendas, incluidas viviendas de Sociedades de Servicio Completo, Viviendas del Desarrollo del Sistema General, y el programa de Viviendas de la MHSA. Entre los tipos de viviendas que se ofrecen, se subsidian unidades rentadas, unidades rentadas con contrato principal de arrendamiento con el condado o el proveedor del contrato, y unidades habitacionales económicas disponibles como resultados de los programas desarrollados de Vivienda de la MHSA. A pesar de la considerable inversión de la MHSA para aumentar los recursos y apoyos habitacionales, aún existen barreras.

En un sistema de salud mental transformado:

1. La típica resistencia (actitud “no en mi patio trasero” [not in my back yard, NIMBY]) en relación a la presencia de los clientes y sus familias en varias comunidades se ha eliminado o reducido, y cuando llega a encontrarse, es conquistada con estrategias de participación efectivas.
2. Todas las personas con una enfermedad mental grave tienen una vivienda estable que refleja sus prioridades, como vivir solo, vivir en familia o en una vivienda compartida.
3. Se aumentan los diferentes tipos de viviendas y la cantidad de viviendas disponibles para familias e individuos, incluidas viviendas para personas de grupos culturales/étnicos desatendidos y/o inadecuadamente atendidos.
4. Hay suficientes recursos para financiar viviendas económicas para personas con enfermedades mentales y/o sus familias.
5. Las reglas y regulaciones no evitan de manera inapropiada que los familiares sin diagnóstico de enfermedad mental compartan la vivienda con un familiar que esté recibiendo servicios de salud mental.
6. Hay servicios de apoyo para las personas en todos los tipos de vivienda.
7. El sistema de salud mental ofrece personal de apoyo entre compañeros, voluntarios y empleados, en todos los tipos de viviendas, incluidas viviendas de crisis. Esto incluye personal de apoyo entre compañeros procedente de grupos raciales, étnicos o culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos.
8. Hay amplia disponibilidad de servicios de apoyo a domicilio.
9. Las compañías de administración inmobiliaria que trabajan con unidades habitacionales disponibles para personas con una enfermedad mental y/o sus familias tienen experiencia y/o están informadas acerca de la población que se está atendiendo, incluidas aquellas personas de grupos poblacionales raciales, étnicos o culturales desatendidos, escasamente atendidos o inadecuadamente atendidos.
10. Las personas con problemas de salud mental no sufren discriminación por su enfermedad en las viviendas.
11. Los miembros de la comunidad con problemas de salud mental, proveedores de servicios de salud mental, proveedores de viviendas, compañías inmobiliarias y

caseros entienden las regulaciones de vivienda y desarrollo urbano (Housing and Urban Development, HUD).

12. Hay procesos en vigor para proteger a las personas contra la pérdida de su vivienda cuando son hospitalizadas o encarceladas por un corto plazo.
13. Hay viviendas disponibles para personas con discapacidades múltiples, incluidas, entre otras, aquellas resultantes del desarrollo, físicas, y/o debidas al uso de sustancias concomitantes con la enfermedad mental.
14. Los clientes con antecedentes penales o problemas de crédito pueden acceder a una vivienda gracias a que las compañías de administración inmobiliaria y demás actores están familiarizados con los fueros o facilidades que frecuentemente se ofrecen a las personas con problemas de salud mental.
15. Se establecen números adecuados de grupos colaboradores que trabajan en proyectos de vivienda (sociedades).
16. El sistema de salud mental provee viviendas de recuperación, descanso y crisis como alternativa a la hospitalización.
17. Las personas con enfermedades mentales graves que participan en programas de vivienda experimentan bienestar, recuperación, fuerza y otros resultados de vida positivos.
18. Los condados y el Estado recopilan y dan seguimiento a la información relacionada con los resultados de la MHSA y otras viviendas para las personas con enfermedades mentales y sus familias.

Disposiciones de la MHSA relacionadas con la vivienda:

Esta Ley identifica a la indigencia como uno de los resultados negativos de la enfermedad mental no tratada y a la reducción de la indigencia como una de sus metas principales.

La Sección 2(d) de la MHSA, estipula, en parte, que “El pueblo del Estado de California por este acto halla y declara . . . . en un movimiento para reducir costos hace más de 30 años, California recortó en forma drástica sus servicios en los hospitales estatales para las personas con enfermedades mentales severas. Miles de personas quedaron en la calle sin casa e incapaces de cuidarse. Hoy, miles de personas siguen sufriendo en las calles debido a que están afectadas por alguna enfermedad mental severa. Podemos y debemos ofrecer a estas personas el cuidado que necesitan para tener vidas más productivas.”

La Sección 5840(d) del WIC indica que el programa de prevención e intervención temprana identificará estrategias para reducir los resultados negativos de la enfermedad mental no tratada, entre ellos la indigencia.

Empleo

Aunque las disposiciones de la MHSA sólo mencionan la meta de “promover el empleo de los consumidores de salud mental y sus familias en el sistema de salud mental” y no hacen referencia al empleo en la fuerza laboral de la comunidad como una meta para las personas atendidas en el sistema de salud mental, el presente documento incluye la meta general de "empleo en la fuerza laboral de la comunidad u otra actividad productiva" como el enfoque de los servicios y apoyos.

Habiendo dicho esto, cabe hacer notar que la intención no es imponer externamente la meta del empleo como mandato o condición para el servicio, sino establecer un ambiente en la atención o programa que identifique y promueva las metas, las posibilidades y la capacidad de los clientes y apoye sus esfuerzos por obtener un empleo significativo.

Entre los programas de prácticas basadas en evidencia y otros programas enfocados en la recuperación, el empleo ha sido reconocido desde hace mucho como un elemento importante para que la persona se recupere. Este logro personal, a su vez, se magnifica en su efecto sobre las personas y los sistemas que rodean al individuo. Un elemento importante del estigma es que sigue siendo la expectativa de muchos que el empleo es una meta nada razonable para las personas con una enfermedad mental. Probablemente la persona que está recibiendo atención piensa que el sistema tiene poco que ofrecerle para ayudarle a mejorar su calidad de vida o resultados de vida y su recuperación personal. Cuando alguien consigue un empleo o se dedica a otra actividad significativa, las expectativas se elevan para todo mundo, el individuo que recibe servicios de salud mental y la comunidad que lo rodea. El empleo, como tal, es un factor importante para reducir el estigma ante los ojos del sistema de salud mental así como de la comunidad. Esto es cierto, ya sea que el empleo sea en el sistema de salud mental o en la fuerza laboral de la comunidad general.

Además del valor general del empleo como elemento clave de la recuperación, hay beneficios sistémicos particulares, como la reducción del estigma, cuando la gente con experiencia en enfermedades mentales es empleada en las diferentes áreas del sistema de salud. Cuando un individuo con experiencias propias en enfermedades mentales es empleado satisfactoriamente en el sistema de salud mental, los resultados positivos en dicho sistema son muchos. El éxito es positivo para la persona que ahora tiene empleo, para las personas que son atendidas que ahora pueden tratar con un compañero que era cliente y ahora es proveedor de servicios, para los compañeros de trabajo que pueden elevar sus expectativas para todas las personas que atienden, y para los administradores y formuladores de políticas que reconocen el valor y la contribución del empleado.

Cuando un individuo con experiencias propias proveniente de un grupo racial, étnico o cultural desatendido y/o inapropiadamente atendido obtiene un empleo en el sistema, el beneficio no sólo consiste en los resultados positivos arriba mencionados, sino también en el éxito añadido de fortalecer las relaciones entre el sistema de salud mental y las diferentes poblaciones raciales, étnicas y culturales. Cuando el número de individuos que tienen experiencias propias con problemas de salud mental empleados de manera satisfactoria en el sistema sea igual al de aquellos empleados que no han vivido estas experiencias, el resultado será una transformación.

En un sistema de salud mental transformado:

1. El empleo u otra actividad productiva es una expectativa y un resultado normal para las personas que reciben servicios de salud mental.
2. Los servicios de salud mental incluyen un enfoque en el empleo y ayudan a conseguirlo tanto en el sistema de salud mental como fuera de él.

3. La experiencia propia es altamente valorada en el sistema y reconocida como un elemento para mejorar la calidad cuando se incluye en la prestación de servicios.
4. Una evaluación de la “experiencia propia” está disponible para los sistemas de salud mental en California para ser utilizada en sus prácticas de contratación de empleados.
5. Los clientes y familiares, incluidos los que pertenecen a grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos, están empleados en todos los niveles del sistema de salud mental y reciben apoyo adecuado una vez que son empleados.
6. El personal de salud mental y otros socios de la comunidad están capacitados para respetar y aprender de aquellos que tienen experiencias propias.
7. Los clientes y familiares, incluidos aquellos que pertenecen a grupos raciales, étnicos o culturales desatendidos o inadecuadamente atendidos, están empleados en todo el sistema de salud mental para recopilar y reportar varios tipos de información sobre resultados de individuos que están siendo atendidos como parte de los esfuerzos locales y/o estatales para la evaluación.

Disposiciones de la MHSA relacionadas con el empleo:

1. Sección 5813.5 (d) (2) del WIC estipula que “La planeación de servicios estará de acuerdo con la filosofía, los principios y las prácticas de la visión de recuperación para consumidores de salud mental para:. . . . (2) Promover servicios operados por los consumidores para propiciar la recuperación."

2. La sección 5822 del WIC estipula lo que el Departamento de Salud Mental deberá incluir en su Plan de formación educativa de 5 años.

   Se incluye lo siguiente:

   (g) Promoción del empleo de los consumidores de salud mental y sus familiares en el sistema de salud mental”.

Educación

La educación, al igual que el empleo, no puede subestimarse en cuanto a su importancia en la recuperación y en alcanzar los resultados de una vida mejorada para los individuos y la comunidad. La educación puede ser esencial para personas cuyas metas incluyan obtener un empleo que les permita ganarse la vida con sus ingresos y tal vez prescindir de un Ingreso del Seguro Social (Social Security Income, SSI). Aunque algunos programas de salud compatibles existían antes de la MHSA, la mayoría de los condados no incluían un enfoque en la educación en la planeación de sus servicios. Al igual que el empleo, al parecer de muchos clientes y proveedores de servicios, la educación no se considera como una meta realista. Este tipo de estigma es una barrera frecuente para alguien que tiene una enfermedad mental y procura recibir educación que lo prepare para un empleo. Para clientes cuyas metas profesionales incluyan trabajar en el sistema de salud mental, también hay una escasez de información acerca de las carreras para personas con experiencias propias, incluidas aquellas que proceden de poblaciones raciales, étnicas y culturales

desatendidas y/o inadecuadamente atendidas, y acerca de la educación necesaria para prepararse para tal carrera.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Los programas de salud mental incluyen un enfoque en la educación y/o el empleo y facilitan su obtención.
2. Los recursos del sistema apoyan el trabajo con instituciones educativas para reducir la estigmatización de los clientes de salud mental que asisten a la escuela y promover resultados positivos en su educación.
3. El personal del programa apoya las metas educativas de los clientes, incluido estar al tanto del alojamiento que se le pueda ofrecer a las personas que asisten a la escuela.
4. Los servicios del programa incluyen la educación acerca de los caminos para formar una carrera profesional en el sistema de salud mental para personas con experiencias propias, incluidas aquellas provenientes de poblaciones culturales/étnicas escasamente o inadecuadamente atendidas.
5. Los servicios de salud mental incluyen apoyos para la educación y el empleo que establecen metas y dan como resultado que los clientes ganen lo suficiente para vivir.
6. Todas las instituciones de educación superior tienen grupos de apoyo de compañeros u otros apoyos para estudiantes con enfermedades mentales en el campus.
7. Existen becas escolares para personas con experiencias propias, incluidas aquellas provenientes de poblaciones culturales/étnicas desatendidas y/o inadecuadamente atendidas.
8. Los sistemas de educación superior y las personas que trabajan en entornos de educación superior: (1) son capacitados e informados acerca de las enfermedades mentales y los retos que conllevan; e (2) incluyen de manera sistémica a personas con experiencias propias con problemas de salud mental en su planeación, diseño de programas e implementación de los mismos.

Disposiciones de la MHSA relacionadas con la educación:

La sección 5822 del WIC estipula lo que el Departamento de Salud Mental deberá incluir en su Plan de formación educativa de 5 años.

Se incluye lo siguiente:

(d) El establecimiento de sociedades regionales entre el sistema de salud mental y el sistema educativo para expandir el acercamiento a comunidades multiculturales, incrementar la diversidad de la fuerza laboral en salud mental y reducir el estigma asociado con la enfermedad mental.

(e) Identificar estrategias para reclutar a estudiantes de escuelas preparatorias para empleos en salud mental, incrementando la prevalencia de los empleos en salud mental en los programas de desarrollo de carreras profesionales en las

preparatorias, tales como academias de ciencias de la salud, escuelas para adultos y centros y programas ocupacionales, y aumentando el número de academias de servicios humanos.

Prevención e intervención temprana (PEI)

La inclusión de fondos y servicios enfocados a la prevención e intervención temprana es un factor que hace de la MHSA una ley única y contribuye a la atención a nivel nacional que la misma ha atraído. La MHSA requiere que el 20% de los fondos de la MHSA se gasten en servicios de PEI[6] destinados a: (1) mejorar el acceso oportuno para las poblaciones desatendidas y/o inadecuadamente atendidas; (2) acercarse a las familias, los empleadores, los proveedores de atención médica primaria, y otras personas para reconocer los primeros indicios de una enfermedad mental potencialmente severa e incapacitante; (3) reducir el estigma asociado con la enfermedad mental; (4) reducir la discriminación hacia personas con alguna enfermedad mental o emocionalmente perturbadas y sus familias; y (5) reducir los siguientes resultados negativos que pueden resultar por no tratar una enfermedad mental:

- Suicidio
- Indigencia
- Reprobar o dejar la escuela
- Niños alejados de sus hogares
- Encarcelamiento
- Desempleo
- Sufrimiento prolongado[7]

Con frecuencia, la falta de comprensión y educación sobre problemas de salud mental, junto con el estigma y la discriminación, evitan que las personas y familiares busquen servicios de PEI que podrían prevenir resultados negativos de vida a causa de enfermedades mentales. Están disponibles fondos para PEI en todo el estado con el fin de desarrollar programas y campañas principales enfocadas en la prevención del suicidio, la reducción del estigma y la discriminación, la salud mental estudiantil y la reducción de desigualdades de acceso para grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos.
Es esencial que estos programas y campañas cuenten con personas con experiencias propias, incluidas personas provenientes de grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos. Asimismo, si se proveen intervenciones tanto de acercamiento como de servicio por personas con experiencias propias, incluidas aquellas provenientes de grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos, entonces podría sobrellevarse la renuencia a aceptar servicios y podrían evitarse resultados negativos.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Se han desarrollado estrategias y campañas exitosas a largo plazo con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación contra las personas con una enfermedad mental

[6] Código de Asistencia Social e Instituciones, Sección 5892 (a)(3)
[7] Código de Instituciones de Asistencia Social, Sección 5840 (a), (b) (1) (3) (4), y (d) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

o seriamente perturbadas emocionalmente en California y han sido promovidas durante muchos años con reducciones comprobadas del estigma y la discriminación contra las personas con problemas de salud mental y sus familias.

2. Los miembros de la comunidad, incluidos familiares, maestros, trabajadores de salud, autoridades, empleados de organizaciones comunitarias y otros, tienen los conocimientos, las habilidades y el acceso a recursos para responder de manera efectiva y solidaria cuando alguien parezca tener problemas de salud mental.
3. El estigma y la discriminación de carácter cultural, sistémico y personal se ven considerablemente reducidos.
4. La información sobre la prevención e intervención temprana está ampliamente diseminada y disponible, también para personas provenientes de comunidades raciales, étnicas y culturales desatendidas o inadecuadamente atendidas.
5. La gente está informada y consciente de toda la gama de servicios de prevención e intervención temprana disponibles.
6. Toda la gama de asistencia, incluido el apoyo entre compañeros, está disponible para realizar una intervención temprana cuando un individuo experimente las señales tempranas de una enfermedad mental potencialmente severa e incapacitante.
7. Se brinda apoyo para abordar de manera digna las intervenciones tempranas que no menoscaben la confianza para el futuro.
8. Se proporciona información a niños en riesgo y jóvenes en edad de transición para que puedan entender mejor su propia experiencia con problemas de salud mental.

Disposición de la MHSA relacionada con la prevención e intervención temprana:

1. La Sección 5840 (b) (1) del WIC estipula que “El programa [PEI] incluirá...(1) Apoyo a familias, empleadores, proveedores de atención primaria y a otras personas para identificar las señales tempranas de enfermedades mentales potencialmente graves y incapacitantes.

Estigma, abuso y discriminación

La dinámica del abuso de las personas con experiencias propias de problemas de salud mental, así como el estigma y la discriminación hacia ellas, sus familiares y la comunidad profesional de salud, están presentes sin distinción de comunidad, raza, origen étnico, clase económica, profesión, medios y culturas populares.

Las barreras que resultan de esta dinámica causan mucho daño a los grupos e individuos, impiden el conocimiento y el acceso a servicios muy necesitados, evitan una comprensión más amplia de la salud mental y de las comunidades afectadas por estos problemas de salud, lo que evita al mismo tiempo que se proporcione apoyo a las mismas y obstruye el cumplimiento de las aspiraciones en la vida de los individuos, por ejemplo, en cuanto a su carrera, vivienda y educación.

Con fondos de la MHSA, es posible hacer un esfuerzo concertado para educar a la gente a través de la exposición a hechos, estadísticas y otra información relevante, incluidas las perspectivas de personas con experiencias propias de problemas de salud mental y de sus

familiares. Estos esfuerzos deben crear oportunidades de interacción directa y significativa entre personas con experiencias propias y las comunidades en donde viven.

Además, es necesario crear políticas y mecanismos que puedan ser puestos en vigor, donde sea necesario, para abordar ocurrencias específicas y sistémicas de discriminación y abuso, y al mismo tiempo prevenir represalias en contra de aquellos que quieran valerse de tales políticas y mecanismos.

En un sistema de salud mental transformado:

1. Los clientes y familiares, incluidos los que pertenecen a grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos, están empleados en todos los niveles del sistema de salud mental.
2. Las barreras lingüísticas son eliminadas a través de apoyos mulltilingües.
3. Las personas con enfermedades mentales son mostradas en los medios de manera precisa, para que se reduzca el estigma, el abuso y la discriminación.
4. Los sistemas de salud mental y los medios trabajan en conjunto para mostrar el éxito experimentado por personas con enfermedades mentales y el beneficio correspondiente a la comunidad.
5. Hay más oportunidades de reducir el estigma si se comparte con el público directamente lo que dicen las personas con enfermedades mentales y sus familiares, incluidos aquellos provenientes de grupos raciales, étnicos y culturales desatendidos y/o inadecuadamente atendidos.
6. El público está más consciente de que las personas con enfermedades mentales no son más violentas que la población en general y frecuentemente son víctimas de violencia.
7. La cultura del lugar de trabajo de salud mental y el público en general valora a los clientes y familias que reciben servicios como individuos íntegros y no simplemente como personas con problemas mentales.
8. Las personas con enfermedades mentales en un entorno de cuidado institucional o residencial tienen los mismos derechos y merecen el mismo respeto y los mismos privilegios que cualquier otra persona.
9. Los apoyos de vivienda están implementados para prevenir los desalojos que ocurren a consecuencia de los comportamientos de un familiar con alguna enfermedad mental.
10. La política de cuidado de la salud física incluye la salud mental de una forma sistemática.
11. Hay una mayor conciencia y comprensión de las leyes y reglamentaciones que protegen a las personas con trastornos de salud mental y a sus familiares contra la discriminación (por ejemplo, las personas bajo tutela tienen derecho a votar).
12. Se promueve el cumplimiento y la aplicación de las leyes y las reglamentaciones actuales contra la discriminación.
13. Las leyes actuales se examinan de forma rutinaria para asegurar que no estén agravando el estigma y la discriminación.
14. Las personas con problemas de salud mental y otras personas en su comunidad tienen la oportunidad de interactuar y discutir temas de salud mental.
15. Los maestros y familiares reciben herramientas para prevenir el acoso.

16. Se elimina el abuso parcialmente a través de un aumento en la proporción de promotores de los derechos del paciente con respecto a la población que atienden en entornos institucionales y residenciales.

Disposición de la MHSA relacionada con el estigma y la discriminación:

1. Las sección 5840(b) (3) y (4) del WIC estipula que "El programa [PEI] incluirá los siguientes componentes:... (3) Reducción del estigma asociado con ya sea el ser diagnosticado con una enfermedad mental o el buscar servicios de atención para la salud mental. (4) Reducción de la discriminación hacia personas con una enfermedad mental."

Conclusión

El objetivo del CFLC fue hacer una primera versión de un documento de políticas para sugerir las maneras en las que el sistema de salud mental podría justificar, promover y reconocer una transformación del sistema centrada en los clientes, enfocada en las familias y orientada por diversas personas cuya experiencia incluye problemas de salud mental. Como se presenta, este documento identifica elementos de un sistema ya transformado -en los modos en que valora, utiliza y promueve las voces y la sabiduría de los clientes y familiares, incluidas las de los grupos culturales, étnicos y raciales desatendidos o inadecuadamente atendidos.

Los clientes y familiares en el centro de la transformación descrita habrán experimentado por un lado los resultados negativos de la enfermedad mental, como el suicidio, la indigencia, el encarcelamiento, el desempleo, dejar la escuela, la separación de los niños de sus hogares y/o sufrimiento prologado, y por otro lado, experiencias positivas de bienestar, recuperación y resiliencia. Su sabiduría es esencial para atender a otros con circunstancias similares y crucial para alcanzar resultados positivos en los sistemas de salud mental y las comunidades.

Aun en un clima de cambios constantes con crisis presupuestarias y una reforma en el cuidado de la salud, la MHSA sobresale por su percepción y capacidad de lograr cambios positivos en el sistema de salud mental de California y por sus socios comunitarios. Para tener éxito, los sistemas de salud mental deben estar orientados y fundamentados por: (1) individuos que tengan experiencias propias con problemas de salud mental que desempeñen funciones importantes en todos los niveles del sistema; y (2) resultados de los individuos, sus familias, el sistema y las comunidades, incluida la rentabilidad de los servicios de salud mental y sus compañeros comunitarios.

La MHSOAC ofrece este documento y los elementos de transformación que identifica como referencia para quien esté intentando crear un sistema de salud mental "transformado" que sea efectivo, eficiente y esté fundamentalmente informado por las voces y la sabiduría de los clientes y sus familiares.

Agradecimientos

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC)) quisiera agradecer a los miemros de su Comité de Liderazgo de Clientes y Familias (Client and Family Leadership Committee, CFLC) por su ardua labor en la elaboración del presente documento. Miembros pasados y actuales del CFLC pasaron muchas horas trabajando conjuntamente para identificar el contenido crucial incluido en este documento. Liderados por el presidente del CFLC, Eduardo Vega, y el copresidente recientemente nombrado, Ralph Nelson, el CFLC se comprometió a elaborar un documento sustancial que reflejara la experiencia propia y el entendimiento de los sistemas de salud mental. La Comisión felicita a los Codirectores del comité, al CFLC y a los miembros del público que hicieron comentarios o sugerencias acerca de este documento con la meta común de efectuar un cambio positivo en el sistema de salud mental público de California a través del liderazgo esencial de clientes y familias.

Comisionados de la MHSOAC*

Eduardo Vega
Presidente – CFLC
Cliente
Escritor /Colaborador

Ralph E. Nelson Jr., M.D.
Copresidente, CFLC
Familiar/Adulto/Persona mayor

Larry Poaster, Ph.D
Director, MHSOAC
Profesional de la salud mental

Richard Van Horn
Codirector, MHSOAC
Superintendente de enseñanza pública

Dr. David Pating
Médico

Andrew Poat
Empleador de más de 500 personas

Patrick Henning, Jr.
Organización del Trabajo

Mary Hayashi
Asiento en la asamblea

Senador Lou Correa
Asiento en el Senado

Howard A. Kahn, director general
Plan de servicios de salud/Asegurador

Alguacil Bill Brown
Alguacil del condado

Dr. Victor Carrion
Fiscal general

Tina Wooton
Cliente

***Los Comisionados de la MHSOAC están identificados por el cargo en la comisión que representan.**

Agradecimientos (continuación)

Comité de Liderazgo para Clientes y Familias

Khatera Aslami
Donna Barry
Kathleen Casela
Carmen Diaz
Shannon Jaccard
Jennifer Jones
Richard Krzyzanowski
Steve Leoni
Abby Lubowe
Darlene Prettyman, RN
Ruth Tiscareno
Jorge Wong, Ph.D.
Gregory Wright
Sally Zinman
Jamy Garcia**
Cynthia Gill**
Tracy Love**
Cheryl Maxson**
David Weikel**

Personal de la MHSOAC

Kevin Hoffman
Gerente del programa

Jose Oseguera
Supervisor del programa

Dee Lemonds
Personal del CFLC
Escritor principal

Matthew Lieberman
Personal del CFLC
Escritor

Personal de apoyo

Amy Shearer
Personal de la MHSOAC

Christina Call
Personal de la MHSOAC

**** Antiguo miembro del CFLC antes de 2011.**

Copias del documento de la MHSOAC, *Transformación del sistema de salud mental motivada por los clientes, enfocada en las familias, a través de la Ley de Servicios de Salud Mental,* incluido un Resumen ejecutivo, pueden descargarse del sitio web de la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC) en: http://www.mhsoac.ca.gov/MHSOAC_Publications/Documents.aspx

Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental
1300 17th Street, Suite 1000
Sacramento, CA 95811
MHSOAC@mhsoac.ca.gov
(916) 445-8696