MHSOAC

Mental Health Services
Oversight and Accountability Commission

Primer Informe al Gobernador y a la Legislatura
Enero de 2011

Visión: la atención adecuada, en el momento oportuno, en un lugar conveniente para todas las personas, los niños y las familias que están en riesgo de presentar enfermedades mentales o que tienen una

MEMBRESÍA

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC) está integrada por dieciséis (16) miembros con derecho a voto. Para hacer los nombramientos, el Gobernador busca 12 personas que hayan tenido una experiencia personal o familiar con enfermedades mentales. Los cuatro puestos que no asigna el Gobernador son el de Procurador General o su designado; el de Superintendente de Instrucción Pública o su designado; el Presidente del Comité de Salud y Servicios Humanos del Senado o algún otro senador interino seleccionado por el Presidente; y el Presidente del Comité de Salud de la Asamblea o algún otro Asambleísta seleccionado por el Presidente de la Asamblea.

MISIÓN

Brindar la visión y el liderazgo necesarios para garantizar que los californianos entiendan que la salud mental es esencial para gozar de una buena salud en general, en colaboración con los clientes, sus familiares y las comunidades que han recibido atención insuficiente. La MHSOAC exige cuentas a los sistemas de salud mental pública y brinda vigilancia para eliminar disparidades; promover el bienestar, la recuperación y la resiliencia mentales; y garantizar resultados positivos para las personas que padecen enfermedades mentales graves y sus familias. La Comisión recomienda políticas y estrategias para promover la visión de transformación y busca derribar los obstáculos que impiden los cambios en el sistema; asimismo, vigila y se asegura de que los fondos se usen con apego a los fines y propósitos de la Ley de Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Act, MHSA).

Presidente
Andrew Poat

Vicepresidente
Dr. Larry Poaster

Comisionados:

Richard Bray
Lou Correa, Senador
Mary Hayashi, Asambleísta
Patrick Henning Jr.
Curtis Hill
Howard K. Kahn
Dr. David Pating
Don Pressley
Larry Trujillo
Richard Van Horn
Mtro. Eduardo Vega

Directora Ejecutiva de la MHSOAC
Sherri L. Gauger

Índice

Mensaje del Presidente y del Vicepresidente **4**

Introducción **6**

Antecedentes **6**

Los logros de la MHSOAC **8**

Prioridad 1: Financiar y dar cumplimiento a todos los componentes de la MHSA ***8***

Prioridad 2: Implementar un marco de rendición de cuentas ***11***

Prioridad 3: Enfrentar el periodo de volatilidad financiera de 2010 a 2014 ***13***

Prioridad 4: Prever oportunidades para un nuevo crecimiento financiero de 2014 a 2019 ***13***

Prioridad 5: Revisión quinquenal de los procesos de la MHSOAC ***14***

Los siguientes pasos de la MHSOAC **15**

Ampliar las actividades de evaluación ***15***

Un plan integrado (2011-2014) ***16***

Deliberar y recomendar políticas sobre asuntos fiscales ***16***

Determinar las consecuencias de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Exención 1115 de Medicaid y la Ley de Paridad de la Salud Mental ***17***

Mantener el compromiso de los interesados ***17***

Conclusión **17**

Mensaje del Presidente y del Vicepresidente

Gobernadores y miembros de la Legislatura:

En nombre de la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC o la Comisión) nos complace presentar nuestro primer informe al Gobernador y a la Legislatura. Este informe proporciona un resumen detallado de la supervisión y evaluación, que ha llevado a cabo la Comisión, del uso eficaz de las inversiones de California para mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud mental mediante la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA). Además, este informe identifica algunos de los muchos logros alcanzados en la implementación de los nuevos programas públicos de salud mental de la MHSA dirigidos a evitar que las enfermedades mentales lleguen a ser graves y discapacitantes, con especial énfasis en brindar un acceso más oportuno a los servicios para las poblaciones que no han recibido atención o la han recibido de manera insuficiente. Estos numerosos logros han sido alcanzados mediante una continua colaboración en los niveles estatal y local entre la Comisión, el Departamento de Salud Mental, el Consejo de Planeación de la Salud Mental de California, la Asociación de Directores de Salud Mental de California, los departamentos de salud mental del condado e importantes contribuciones en todo California de diferentes ciudadanos, incluyendo a personas que luchan contra una enfermedad mental y a sus familiares.

El año 2010 marcó el quinto aniversario de la implementación de la MHSA, que fue aprobada por los electores en noviembre de 2004. Nos es grato reconocer el logro de varios hitos:

- Todos los condados de California están recibiendo financiamiento de la MHSA para programas desarrollados mediante una importante participación de los interesados de la comunidad.
- Todos los condados de California han aprobado planes de prevención e intervención temprana y se encuentran en el proceso de implementar programas que conducirán a la identificación, el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la enfermedad mental, con el fin de lograr bienestar, recuperación y reducción de la discapacidad, el sufrimiento y los costos relacionados con las enfermedades mentales no atendidas.
- En todo el estado se están desarrollando programas de prevención e intervención temprana para prevenir el suicidio, reducir el estigma y la discriminación, y se están implementando servicios de salud mental para estudiantes y programas de prevención e intervención temprana en todas estas áreas, por condado.
- A partir de noviembre de 2010, se han distribuido a los condados fondos de la MHSA por aproximadamente $5.1 mil millones de dólares. Esto incluye los $734.9 millones distribuidos para la prevención e intervención temprana y los $175.5 millones distribuidos para los programas de innovación.
- Los clientes y los contribuyentes están viendo resultados. Una evaluación hecha en mayo de 2010 por el Centro Nicolas C. Petris, de la Universidad de California en Berkeley, demostró que después de participar 12 meses en programas de Asociación de Servicio Completo (Full Service Partnership, FSP), una estrategia clave de la MHSA, la proporción de consumidores de servicios de salud mental que viven de forma independiente aumenta aproximadamente un 20%, los servicios de emergencia relacionados con la salud mental se reducen un 67%, las probabilidades de ser arrestado disminuyen un 56% y los resultados de empleo mejoran un 25%.

Con un respaldo de cinco años de experiencia con el programa, la MHSOAC ampliará sus esfuerzos actuales de evaluación para garantizar que todos los fondos se inviertan de la manera más eficiente en relación con los costos y que los servicios se proporcionen de acuerdo con las mejores prácticas, sujetos a la supervisión local y estatal para asegurar la rendición de cuentas a los contribuyentes y al público.

Las áreas de evaluación incluirán:

- Las tasas de disminución del suicidio, el encarcelamiento, el fracaso o la deserción escolar, el desempleo, el sufrimiento prolongado, la indigencia y la remoción de los niños de sus hogares.

- Las repercusiones que los programas están teniendo mediante nuevos enfoques para aumentar el acceso de grupos no atendidos o atendidos de manera insuficiente, aumentar la calidad de los servicios (incluyendo mejores resultados), promover la colaboración entre dependencias y aumentar el acceso a los servicios.

- Los costos por persona y el análisis financiero de resultados y beneficios de los programas de FSP y la repercusión de los servicios o estrategias sobre los resultados especificados en la MHSA.

Las evaluaciones continuas en estas áreas tendrán crucial importancia en el aprendizaje de lo que está funcionando a nivel condado y lo que se puede modificar para aumentar las repercusiones positivas que tienen estos programas en el sistema público de salud mental. Además de evaluar los programas de prevención e intervención temprana y los de innovación, la Comisión tiene como objetivo utilizar los esfuerzos previos de evaluación para desarrollar a fondo lo que ya se ha logrado y ampliar el alcance para incorporar otras áreas. Este enfoque es un proceso gradual para aprender de la investigación actual e identificar componentes adicionales que puedan conducir a una mejor comprensión de las repercusiones de la MHSA sobre el sistema público de salud mental. Como se mencionó antes, dichas evaluaciones previas incluyen la evaluación de mayo de 2010 del Centro Petris, titulada "Evidence on the Effectiveness of FSP Programs in California's Public Mental Health System" ("Evidencia de la efectividad de los programas de FSP en el sistema público de salud mental de California").

La Comisión enfrentará una serie de retos en los años venideros, incluyendo la volatilidad de los ingresos de la MHSA y los inminentes cambios en el sistema de salud mental, ocasionados por la aprobación de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental e Igualdad de las Adicciones y la aprobación de la nueva Exención 1115 de Medicaid. La Comisión está ansiosa por ser un socio y líder participativo en estos tiempos y, así, seguirá cumpliendo su papel estatutario para supervisar, revisar y evaluar proyectos y programas financiados con recursos de la MHSA, revisar y/o aprobar solicitudes locales de financiamiento de la MHSA y garantizar la supervisión y rendición de cuentas del sistema público de salud mental de la comunidad.

Atentamente,

Andrew Poat,
Presidente de la Comisión
Comisión de Supervisión y Rendición
de Cuentas de los Servicios
de Salud Mental

Dr. Larry Poaster
Vicepresidente de la Comisión
Comisión de Supervisión y Rendición
de Cuentas de los Servicios
de Salud Mental

Introducción

La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental (MHSOAC o la Comisión) está entregando al Gobernador y a la Legislatura este informe sobre las actividades, los logros y los esfuerzos futuros para cumplir con los mandatos estatutarios establecidos en la Ley de Servicios de Salud (MHSA). Éste es el primer Informe de la Comisión ante el Gobernador y la Legislatura sobre las actividades de la MHSOAC. La información fiscal que contiene este informe incluye las actividades y los logros fiscales hasta el 30 de junio de 2010.

En noviembre de 2004, los electores de California aprobaron la Propuesta 63, conocida como MHSA. La MHSA obtiene sus recursos mediante un impuesto a los ingresos del uno por ciento sobre los ingresos personales superiores a $1 millón. De acuerdo con lo establecido por la MHSA, se creó la MHSOAC para brindar supervisión y rendición de cuentas para la MHSA, la Ley del Sistema de Atención para Adultos y Adultos Mayores y la Ley de Servicios de Salud Mental para Niños. La MHSOAC tiene tres papeles principales: 1) supervisar, revisar y evaluar proyectos y programas financiados con recursos de la MHSA; 2) revisar y/o aprobar solicitudes locales de financiamiento de la MHSA y 3) garantizar la supervisión y rendición de cuentas del sistema público de salud mental de la comunidad.

En su función de revisar y/o aprobar las solicitudes locales de financiamiento de la MHSA, la MHSOAC tiene el mandato de aprobar todo el financiamiento para dos de los cinco componentes de la MHSA: programas de prevención e intervención temprana (Prevention and Early Intervention, PEI) y programas de innovación (Innovation, INN). La MHSOAC brinda revisión y comentarios para los otros tres componentes: servicios y apoyos para la comunidad (Community Services and Supports, CSS), educación y capacitación para los trabajadores (Workforce Education and Training, WET), e instalaciones importantes y necesidades tecnológicas (Capital Facilities and Technological Needs, CFTN).

Además de los tres papeles principales de la Comisión, la MHSOAC tiene a su cargo lo siguiente:

- Garantizar que, en cumplimiento de la MHSA, los servicios proporcionados sean eficientes en relación con los costos y que se proporcionen de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas, sujetos a la supervisión local y estatal.
- Garantizar que la perspectiva y participación de los miembros y otras personas que sufren de enfermedades mentales y sus familiares sean factores importantes en todas sus decisiones y recomendaciones.
- Desarrollar estrategias para superar los estigmas y la discriminación, aumentar el acceso a los servicios para las poblaciones que han sido atendidas de manera insuficiente y reducir los resultados negativos de enfermedades mentales no atendidas; por ejemplo, el suicidio, el encarcelamiento, la indigencia, el fracaso escolar, el desempleo y el sufrimiento prolongado.

Antecedentes

Composición de la MHSOAC

La MHSOAC está integrada por dieciséis miembros, doce de los cuales son nombrados por el Gobernador. Los otros cuatro miembros son 1) el Procurador General o su designado; 2) el Superintendente de Instrucción Pública o su designado; 3) el Presidente del Comité de Salud y Servicios Humanos del Senado o algún otro senador interino seleccionado por el Presidente; y 4) el Presidente del Comité de Salud de la Asamblea o algún otro Asambleísta seleccionado por el Presidente de la Asamblea. Los miembros de esta Comisión constituyen una muestra de diversidad que incluye personal de seguridad pública, educadores, legisladores, personas con enfermedades mentales graves y familiares de personas que tienen alguna enfermedad mental grave, un profesional en el área de salud mental, un representante de un plan de servicios de atención médica, un médico, un representante laboral y representantes de empleadores. Esta diversidad permite aportar ideas y perspectivas variadas y promueve una mejor colaboración y rendición de cuentas.

Colaboración de la MHSOAC con socios e interesados

La responsabilidad a nivel estatal del desarrollo de políticas, su implementación, supervisión y rendición de cuentas, se comparte entre tres entidades a las que corresponde la responsabilidad estatutaria establecida en la MHSA: el Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health, DMH) de California, el Consejo de Planeación de la Salud Mental de California y la MHSOAC. Para cumplir con esta responsabilidad estatutaria, la MHSOAC trabaja de cerca y en colaboración con las otras entidades gubernamentales estatutarias, así como con los interesados, que incluyen a clientes y familiares, representantes de poblaciones que no han recibido atención o la han recibido de manera insuficiente y la Asociación de Directores de Salud Mental de

California (California Mental Health Directors Association, CMHDA). Esta colaboración se refleja en las actividades, los logros y las iniciativas de la MHSOAC, que se enuncian en este informe.

Las prioridades de la MHSOAC

Durante los cinco primeros años de su existencia (2005-2010), el interés inicial de la MHSOAC estaba en la implementación responsable de servicios expandidos, en apego a los valores y resultados esperados incluidos en la MHSA. Durante este tiempo, se dieron pasos decisivos en la implementación inicial a nivel estatal y local. La MHSOAC ampliará ahora su atención para pasar de la implementación de la MHSA a un mayor énfasis en la evaluación de programas, concentrándose en los resultados y el uso adecuado y eficaz de los recursos de la MHSA.

En enero de 2010, la MHSOAC adoptó el Plan de Trabajo para 2010 de la MHSOAC, con las siguientes prioridades:

- Financiar y dar cumplimiento a todos los componentes de la MHSA; esto incluye los CSS, la PEI, la INN, la WET y los CFTN.
- Implementar un marco de rendición de cuentas; esto incluye tanto actividades fiscales como de evaluación para supervisar la implementación de la MHSA.
- Enfrentar el periodo de volatilidad financiera de 2010; se proyecta que durante los ejercicios contables (fiscal year, FY) correspondientes a 2010-2014, los ingresos de la MHSA disminuyan de manera sustancial, lo que exigirá una planeación cuidadosa para garantizar la sustentabilidad y capacidad de los programas.
- Prever oportunidades para un nuevo crecimiento financiero; se proyecta que durante los FY 2014-2019, los ingresos de la MHSA vuelvan a crecer. Además, la llegada de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Exención 1115 de Medicaid y la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental también brindarán oportunidades de crecimiento.
- Revisión quinquenal de los procesos de la MHSOAC; esto incluye la revisión de los procesos de la Comisión para el compromiso de los interesados y la revisión de los procesos de la Comisión.

Supervisión

Supervisión

Responsabilidad

Responsabilidad

Los logros de la MHSOAC

Prioridad 1: Financiar y dar cumplimiento a todos los componentes de la MHSA

La más alta prioridad de la MHSOAC es garantizar que todos los componentes de servicios de la MHSA estén completamente financiados y en plena marcha. Esto se logrará mediante una variedad de actividades tanto a nivel local como estatal. Las actividades en el nivel local incluyen la presentación de un plan para el condado, el cual ha sido revisado cuidadosamente por los interesados locales y aprobado por la junta local de salud mental. Las actividades en el nivel estatal incluyen la revisión y aprobación de los planes de los condados mediante un proceso conjunto de revisión de planes. La MHSOAC aprueba el financiamiento para los planes de PEI e INN, y revisa y hace comentarios sobre los planes de CSS, WET y CFTN. El DMH aprueba el financiamiento para los planes de CSS, WET y CFTN, y revisa y hace comentarios sobre los planes de PEI e INN.

La responsabilidad de garantizar que esta prioridad se alcance se comparte con los socios estatutarios de la MHSA, los condados y los interesados.

La siguiente tabla identifica el financiamiento aprobado para los condados mediante los planes de programas de la MHSA de los condados hasta el 30 de junio de 2010. La tabla también identifica el número de condados que tienen planes de la MHSA aprobados dentro de cada uno de los cinco componentes. En este momento, los componentes de CSS, WET, CFTN y PEI están en marcha y cuentan con financiamiento. La INN fue el último componente en ponerse en marcha, por lo que alrededor de la mitad de los condados han desarrollado sus planes de INN. La MHSOAC espera que todos los condados tengan planes de INN aprobados durante el año calendario 2011.

Planes y financiamiento aprobados por la MHSA para los condados

Total de planes y financiamientos aprobados para los condados hasta el 30 de junio de 2010[1]
(Cantidades en millones)

Componente de la MHSA	Condados con planes aprobados	Financiamiento total [2]
Servicios y apoyos para la comunidad	59	$3,216.8 [3]
Prevención e intervención temprana	57	$631.2[4]
Innovación	16	$70.2[5]
Educación y capacitación de los trabajadores (incluye inversiones del Estado)	45	$163.8
Infraestructura pública básica y necesidades tecnológicas	32	$193.9

[1] Todos los totales son acumulables desde el inicio de la implementación hasta el 30 de junio de 2010.
[2] Comparación del resumen del DMH, con fecha del 21 de junio de 2010, obtenido del sitio web del DMH el 1 de julio de 2010 en http://www.dmh.ca.gov/Prop_63/MHSA/MHSA_Fiscal_References.asp.
[3] La cantidad incluye $392.6 millones aprobados por el Programa de Vivienda de la MHSA. Hasta el 30/06/2010 se han entregado 86 solicitudes de vivienda, las cuales financiarán aproximadamente 4660 unidades de vivienda accesible. De estas unidades, 1,344 están designadas como unidades de la MHSA.
[4] La cantidad incluye el financiamiento aprobado para programas estatales PEI y de capacitación y asistencia técnica (Training and Technical Assistance, TA). Hasta noviembre de 2010, la Comisión ha aprobado 58 planes PEI y aproximadamente $734.9 millones para distribución.
[5] Hasta noviembre de 2010, la Comisión ha aprobado 26 planes de INN y aproximadamente $175.5 millones para distribución.

Prevención e intervención temprana (PEI)

California ha hecho un compromiso histórico con la prevención y la intervención temprana a través de la MHSA. Los programas de PEI tienen la intención de "evitar que las enfermedades mentales lleguen a ser graves y discapacitantes" y reducir las serias consecuencias que pueden surgir de enfermedades mentales no atendidas; por ejemplo, el suicidio, el encarcelamiento, el fracaso o la deserción escolar, el desempleo, el sufrimiento prolongado, la indigencia y la remoción de los niños de sus hogares.[6] Las estrategias de PEI están dirigidas a las personas que están en condiciones de reconocer los signos de una enfermedad mental, ofrecen programas en ubicaciones prácticas y cómodas de la localidad, mejoran el acceso oportuno para las personas que actualmente no reciben atención o la reciben de manera insuficiente por parte del sistema de salud mental, y crean sociedades con escuelas, sistemas de justicia, grupos comunitarios y una amplia gama de servicios sociales. La PEI incluye la evaluación y detección de signos tempranos de psicosis, la prevención del suicidio y los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación. Los programas de PEI ayudan a identificar personas que tienen enfermedades mentales o perturbación emocional graves para referirlas para su tratamiento. Aunque la mayoría de los recursos se ha asignado a adultos jóvenes menores de 25 años, como una forma de reconocer el hecho de que la mitad de los trastornos mentales empiezan a la edad de 14 años y tres cuartas partes empiezan a los 24 años, los programas de PEI atienden a californianos de todas las edades. El financiamiento de la MHSA para programas de PEI está sujeto a un periodo de reversión de tres años, durante el cual el financiamiento asignado para cada ejercicio contable debe solicitarse y ejercerse dentro de los tres años. Después de tres años, los recursos no ejercidos se regresan al Fondo para Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Fund, MHSF) para que se redistribuyan a todos los condados.

Programas de PEI a nivel estatal

La MHSOAC tiene la responsabilidad principal de los programas estatales de PEI y ha aprobado un total de $244 millones de financiamiento de PEI para los cinco programas. Este financiamiento hará llegar recursos a cada programa estatal durante cuatro años consecutivos.

- Capacitación, asistencia técnica y desarrollo de capacidades (Training, Technical Assistance and Capacity Building, TTACB): $24 millones
- Prevención del suicidio: $60 millones
- Iniciativa para la Salud Mental de los Estudiantes (Student Mental Health Initiative, SMHI): $60 millones
- Reducción del estigma y la discriminación: $40 millones
- Reducción de disparidades: $60 millones

La MHSOAC desarrolló los criterios para el Proyecto de Capacitación, Asistencia Técnica y Desarrollo de Capacidades en 2008. El objetivo principal de este proyecto es mejorar las capacidades de los socios locales que no pertenecen al sistema de salud mental (es decir, educación, atención primaria de la salud, seguridad pública, servicios para adultos mayores, etc.), así como del personal y los socios del condado que trabajan en el desarrollo, la implementación y la evaluación de programas de prevención e intervención temprana que obtendrán financiamiento a través del componente de PEI del plan del condado.

La MHSOAC desarrolló lineamientos para tres programas a nivel estatal: el de prevención del suicidio, la SMHI y el de reducción del estigma y la discriminación. Los programas estatales de PEI tienen como propósito desarrollar la infraestructura y las capacidades de la comunidad para tener sistemas sustentables estatales en estas tres áreas. Se espera que los programas estatales de PEI de prevención del suicidio y los programas estatales para la reducción del estigma y la discriminación implementen estrategias en los planes estratégicos desarrollados en junio de 2008 y junio de 2009. Estos planes estratégicos fueron el resultado de importantes procesos de los interesados que tuvieron lugar en dos años. Se espera que los programas de la SMHI implementen las estrategias contenidas en un documento sobre las políticas de ésta elaborado en 2007. Los condados pueden usar los fondos estatales de la PEI para formar colectivos de varios condados o asignar fondos al DMH o a una autoridad de atribuciones conjuntas como la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (California Mental Health Services Authority, CalMHSA) para la implementación de programas estatales PEI que cumplan con los lineamientos de la MHSOAC. La MHSOAC espera la implementación inicial de programas estatales en el FY 2010/11.

El DMH está supervisando el desarrollo del Plan Estratégico para el Proyecto Estatal de Reducción de Disparidades. Se prevé que el Plan Estratégico quede concluido a más tardar el 30 de junio de 2012. Una vez terminado, la MHSOAC aprobará los gastos del plan por $60 millones y trabajará con el DMH, los condados y otros socios para identificar el

[6] MHSA, Sección 4, Código de Instituciones de Asistencia Social Sec 5840(d)

mecanismo de financiamiento para los $60 millones. La Comisión empezará a desarrollar lineamientos para el Proyecto Estatal de Reducción de Disparidades durante el FY 2011/12.

Innovación (INN)

El componente INN es el componente más pequeño de la MHSA y deriva su financiamiento del 5% de los fondos de los CSS y 5% de los de PEI. Los programas de INN tienen el objetivo de aumentar el acceso, mejorar la calidad y el resultado de los servicios, y promover la colaboración entre las agencias. Los lineamientos para este componente exigen que los condados diseñen y prueben enfoques innovadores, incluyendo estrategias y programas nuevos o adaptados que tengan potencial para mejorar la prestación de servicios de salud mental. Los programas actuales de INN incluyen estrategias para buscar y apoyar la recuperación de personas que no tienen hogar y padecen enfermedades mentales, funciones extendidas para los consumidores de servicios de salud mental y sus familiares, integración del cuidado de la salud del comportamiento y física, tratamiento y apoyos diseñados y proporcionados por comunidades diversas y para las mismas, y servicios y tratamiento integrados para las personas que padecen al mismo tiempo trastornos relacionados con la salud mental y con el abuso de sustancias. Conforme a la PEI, el financiamiento para la INN está sujeto a un periodo de revisión de tres años.

Servicios y apoyos para la comunidad (CSS)

CSS se refiere a los servicios financiados por la MHSA al amparo de la Ley del Sistema de Atención de Salud Mental para Adultos y Adultos Mayores y la Ley de Servicios de Salud Mental para Niños, según lo exigido por la MHSA en el Código de Asistencia Social e Instituciones (Welfare and Institutions Code, WIC), Secciones 5813.5 y 5878.1, y las siguientes. CSS financia tratamientos y apoyos para personas con enfermedades mentales graves, o niños y jóvenes con perturbaciones emocionales graves y sus familias. La MHSA proporciona financiamiento de los CSS para los siguientes tipos de programas:

- Programas de Asociación de Servicio Completo (FSP): un amplio espectro de servicios y apoyos que tienen como fin hacer “lo que sea necesario” para ayudar a los clientes con enfermedades mentales graves a alcanzar sus metas individuales de recuperación. Los programas de FSP atienden a clientes de todas las edades que tienen las necesidades menos atendidas, particularmente personas y familias indigentes o en riesgo de volverse indigentes, niños expulsados de sus hogares, personas involucradas con la seguridad pública y personas que están en contacto de muchas maneras con servicios médicos de hospitalización o de emergencia.
- Desarrollo de sistemas generales: mejoras a servicios e infraestructura para clientes de programas de FSP y otros clientes y sus familias.
- Asistencia y retención: actividades para identificar y llegar a personas que no han recibido atención o la han recibido de manera insuficiente, para alentarlos a participar en programas de salud mental y reducir las disparidades en el acceso a servicios y apoyo de salud mental.
- Vivienda: financiamiento para costos de capital y subsidios a la operación para desarrollar viviendas permanentes de apoyo para personas de todas las edades que tienen enfermedades mentales graves o perturbaciones emocionales, y son indigentes o están en riesgo de volverse indigentes. La vivienda de los CSS es una sociedad entre el DMH, la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (CalHFA) y los departamentos de salud mental de los condados.

El financiamiento de la MHSA para programas de CSS también está sujeto a un periodo de revisión de tres años, como los de PEI e INN.

Educación y capacitación de los trabajadores (WET)

La WET ayuda a remediar la escasez de personas calificadas para proporcionar servicios de salud mental. Las tasas de vacantes en California para ocupaciones clave de salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, enfermeros registrados y técnicos en psiquiatría) son de aproximadamente 20–25% en todo el estado[7], con tasas mucho mayores de vacantes en las áreas rurales del estado. La WET también tiene como objetivo aumentar la diversidad y la preparación en idiomas de los trabajadores de la salud mental. Los condados tienen hasta diez años para ejercer los recursos para la WET antes de que se regresen al Fondo para Servicios de Salud Mental (MHSF) para que se redistribuyan a todos los condados.

[7] Hoja informativa sobre educación y capacitación de los trabajadores, obtenida el 12 de octubre de 2010 del sitio web del Instituto de Salud Mental de California (California Institute of Mental Health, CiMH) en http://www.cimh.org/Services/MHSA/Workforce-Education-Training.aspx

El financiamiento para la WET está a la disposición de condados individuales para fines de apoyo para el reclutamiento, la capacitación y la asistencia técnica para trabajadores, los programas de carrera en salud mental, los programas de residencia y formación intensiva, y los programas de incentivos financieros. El DMH también designó fondos WET para programas en todo el estado, incluyendo la asunción de créditos y estipendios, una mayor capacidad de los programas de capacitación para psiquiatras y médicos, la promoción de la inclusión significativa de clientes y familiares en la fuerza laboral de la salud mental, y la asistencia técnica a condados, sociedades regionales y un centro estatal de asistencia técnica.

Infraestructura pública básica y necesidades tecnológicas (CFTN)

El financiamiento de CFTN apoya las necesidades técnicas y la infraestructura pública básica que se requieren para proporcionar los servicios. Algunos ejemplos de proyectos relacionados con la infraestructura pública básica son la adquisición, construcción y renovación de edificios que son propiedad del condado. Algunos ejemplos de necesidades tecnológicas son la modernización y transformación de sistemas clínicos e informáticos para garantizar la calidad de la atención, paridad, eficiencia operacional y eficiencia en relación con los costos. Como en el caso de la WET, los condados tienen hasta diez años para ejercer los recursos de CFTN antes de que éstos sean devueltos al MHSF para que se redistribuyan a todos los condados.

Prioridad 2: Implementar un marco de rendición de cuentas

La segunda prioridad de la MHSOAC es implementar un marco de rendición de cuentas. Este marco informará a la Comisión sobre el panorama fiscal para la MHSA y para todos los servicios públicos de salud mental de la comunidad, lo cual ayudará a evaluar la implementación de la MHSA. Tanto la vigilancia fiscal como los esfuerzos de evaluación son críticos para que la MHSOAC supervise eficazmente la implementación de la MHSA y su papel constante dentro del sistema público de salud mental.

Informe financiero de la MHSOAC

En abril de 2009, la Comisión adoptó un marco financiero para guiar el desarrollo de informes financieros periódicos e identificar información financiera clave tanto para la MHSA como para el financiamiento de la salud mental pública de la comunidad. Este marco atiende todo el ciclo del financiamiento de la salud mental pública de la comunidad, que está integrado por las fuentes de ingresos (dinero que entra), la distribución de recursos a los condados (dinero que sale) y los gastos de la MHSA (dinero utilizado). El marco también identifica los plazos en que se dará a conocer la información, con base en la disponibilidad de las actualizaciones financieras durante todo el año. Este marco fue usado para guiar el desarrollo del primer informe financiero de la MHSOAC.

En enero de 2010, la MHSOAC publicó su primer informe financiero, el cual contenía la siguiente información:

- Los ingresos de la MHSA recibidos en efectivo durante el FY 2011/12 (real, estimado y proyectado).
- Los totales de las cinco principales fuentes de financiamiento para la salud mental pública de la comunidad, incluyendo el Fondo Estatal General (State General Fund, SGF), la Reestructuración, la Participación Financiera Federal (Federal Financial Participation, FFP), la MHSA y otros ingresos (reales, estimados y proyectados).
- Los totales de las cinco principales fuentes de financiamiento para la salud mental pública de la comunidad, ajustados para el valor constante del dólar y los cambios en la población.
- Los fondos de la MHSA que se han destinado, distribuido, revertido y que todavía no se han solicitado
- Los fondos de la Administración Estatal de la MHSA

En mayo de 2010, la Comisión actualizó el informe financiero de enero, el cual incorporaba proyecciones actualizadas de ingresos de la MHSA de acuerdo con la revisión de mayo del FY 2010/2011 del Gobernador, así como actualizaciones de los fondos de la MHSA destinados y distribuidos a los condados. Este informe también mostraba los avances realizados en la implementación del programa de vivienda de CSS a través tanto de proyectos aprobados de vivienda como de financiamiento impulsado por los fondos de vivienda de la MHSA.

Consulte en el **Apéndice A y el B** los reportes financieros de enero y mayo de 2010.

Evaluación

La MHSOAC tiene un mandato estatutario para evaluar cómo se ha usado el financiamiento para la salud mental, qué resultados han arrojado tales inversiones y qué mejoras hacer para maximizar los resultados positivos. La MHSOAC está comprometida con un enfoque de evaluación continua para aprender de cada evaluación

progresiva que se termina y avanzar a partir de ésta. En colaboración con sus socios del sistema de salud mental y los interesados mediante el Comité de Evaluación, la MHSOAC ha completado lo siguiente:

- **Fase 1**: el alcance de una evaluación inicial de la MHSA se completó el 30 de julio de 2010. Esta fase incluyó:
  - el desarrollo de un resumen del proyecto
  - la obtención y compilación de información general sobre prioridades de evaluación y esfuerzos actuales
  - la revisión de los datos existentes en la actualidad y
  - la recomendación de un diseño para la siguiente evaluación que se completará con los recursos existentes.
- **Fase 2**: se emitió una Solicitud de Propuesta (Request for Proposal, RFP) el 1 de octubre de 2010, misma que se adjudicó en diciembre de 2010. Esta fase incluye:
  - Documentar actividades y costos para todos los componentes de la MHSA.
  - Medir las repercusiones en los niveles del cliente y del sistema sobre los indicadores de prioridad como la indigencia, el desempleo, la educación y la participación en el sistema de justicia, y proporcionar informes periódicos de condados específicos y de todo el estado.
  - Resumir y sintetizar las evaluaciones y estudios existentes sobre las repercusiones de la MHSA.
  - Proporcionar un informe final y recomendaciones.
- **Fase 3**: Durante las audiencias públicas de mayo de 2010 sobre el presupuesto, la Legislatura aprobó un único financiamiento de $1 millón adicional del FY 2010-2011 para continuar los esfuerzos de evaluación. Este financiamiento único fue aprobado en el presupuesto autorizado para el FY 2010/11. La MHSOAC emitió una RFP en diciembre de 2010 para este financiamiento. Esta fase incluye los siguientes productos finales:
  - Determinar los costos por persona y proporcionar un análisis financiero de los resultados o beneficios logrados de las sociedades de servicio completo.
  - Usando la investigación participativa, determinar las repercusiones de los servicios o estrategias seleccionados sobre los resultados especificados en la MHSA o en los estatutos del sistema de atención.
  - Obtener recomendaciones para futuras actividades o estrategias de evaluación.
- La MHSOAC ha colaborado con el Consejo de Planeación de Salud Mental de California para priorizar un conjunto extensivo de indicadores para la MHSA, con datos de sistemas existentes que incluyan indicadores específicos y resultados de desempeño que sean congruentes con la MHSA.
- Informe de Tendencias de PEI[8]. El Informe de Tendencias de PEI quedó completado a principios de 2010. Revisa la medida en que los primeros planes del componente de PEI de la MHSA de California enfrentan los retos de reducir los siguientes siete resultados negativos, especificados en la MHSA, que pueden surgir de enfermedades mentales no atendidas: suicidio, encarcelamiento, fracaso o deserción escolar, desempleo, sufrimiento prolongado, indigencia y remoción de los niños de sus hogares.[9] Además, el informe también aborda otras prioridades, como la reducción de las repercusiones negativas del trauma y los trastornos concurrentes de salud mental y de uso de sustancias.
- Universidad de California en Berkeley. El DMH celebró un contrato con el Centro Nicholas C. Petris, de la Universidad de California en Berkeley, para evaluar los programas de FSP de la MHSA para adultos.[10] Este informe proporcionó datos sobre resultados que mostraron que los programas de FSP han tenido un éxito importante. La MHSOAC prevé aprovechar esta información para futuros esfuerzos de evaluación.
- Universidad de California en Davis, Centro para la Reducción de las Disparidades. La MHSOAC tiene un contrato con el Centro para la

---

[8] El Informe de Tendencias de PEI puede consultarse en http://www.dmh.ca.gov/MHSOAC/docs/Meetings/2010/May/Tab2_PEI_Trends_report.pdf

[9] MHSA, Sección 4, WIC Sec 5840(d)

[10] Nicholas C. Petris Center. (2010) Evidence on the Effectiveness of Full Service Partnership Programs in California's Public Mental Health System. Obtenido de http://www.dmh.ca.gov/Prop_63/MHSA/Publications/docs/PetrisCenter_ExecSummaryReport_Final.pdf

Reducción de las Disparidades con la finalidad de proporcionar los siguientes productos finales antes del 31 de diciembre de 2010:

1. Para los proyectos piloto de tres condados:
   a) Proporcionar un análisis de disparidades en el acceso a los servicios y entregar y explorar la conjunción de bases de datos para examinar la relación entre la salud física y la mental.
   b) Mostrar el uso local de los servicios y las áreas con atención insuficiente.
   c) Examinar las disparidades en cuanto a tipo y frecuencia por raza/etnicidad, género y edad.
   d) En colaboración con los condados, desarrollar planes para vigilar la calidad de la atención y su eficiencia en relación con los costos.
   e) En colaboración con los condados, diseñar la transferencia de conocimientos y el desarrollo de capacidades.
2. Proporcionar un análisis detallado del componente de salud mental de los datos de la Encuesta por Entrevista sobre la Salud de California de 2007 para evaluar las necesidades y diseñar una encuesta de seguimiento.

Prioridad 3: Enfrentar el periodo de volatilidad financiera de 2010 a 2014

La tercera prioridad de la MHSOAC, al enfrentar el periodo de volatilidad financiera de 2010 a 2014, requiere que la Comisión esté completamente informada sobre las proyecciones financieras y las actividades que repercutirán en la MHSA, así como todo tipo de financiamiento para la salud mental pública de la comunidad. Esto incluye vigilar los ingresos cada vez menores de la MHSA y entender cómo repercutirá esta caída en la salud mental de la comunidad, así como garantizar que se pongan en marcha las políticas adecuadas para apoyar a los condados conforme identifiquen estrategias fiscales durante este periodo. Con el fin de garantizar la existencia de políticas adecuadas, la MHSOAC ha trabajado con el DMH, la Asociación de Directores de Salud Mental de California (CMHDA), el Consejo de Planeación de Salud Mental de California (California Mental Health Planning Council, CMHPC) y otros grupos clave interesados, para evaluar las caídas financieras generales, identificar problemas potenciales de las políticas, analizar las consecuencias de los problemas y desarrollar recomendaciones formales sobre las soluciones.

Vigilancia del descenso de los ingresos

Los informes financieros de la MHSOAC de enero y mayo de 2010 muestran un descenso en los ingresos de la MHSA, que empezó en el FY 2010/11. Esto concuerda con la información proporcionada en el Presupuesto del Gobernador para el FY 2010/11 y la revisión de mayo del Gobernador, así como los cálculos del impuesto sobre ingresos personales de la Oficina del Analista Legislativo (Legislative Analyst's Office, LAO). Este descenso en los ingresos de la MHSA repercutirá en el financiamiento disponible para los condados mediante asignaciones de componentes para los CSS, la PEI y la INN. El DMH, en colaboración con la MHSOAC, el CMHPC y la CMHDA, ha identificado que habrá una disminución de $93.4 millones en la asignación de componentes para el FY 2011/12 debido a la baja en los ingresos.

Reserva prudente

La MHSA prescribe el establecimiento de una reserva prudente con el fin de garantizar que los programas de CSS puedan continuar durante los años en los cuales los ingresos sean menores a los promedios recientes. En febrero de 2009 se modificó la MHSA en su Capítulo 20, Estatutos de 2009, Tercera Sesión Extraordinaria (AB 5XXX). Esta legislación aclaró y extendió el objetivo de la MHSA al agregar texto en el que se incluyen los servicios de PEI como servicios que se podrían mantener mediante los fondos de la reserva prudente.

Asignaciones de componentes de la MHSA para el FY 2011/12

La MHSA instruye al DMH, en colaboración con la MHSOAC, el CMHPC y la CMHDA, para que informe a los condados sobre los montos de financiamiento que se pondrán a su disposición mediante la asignación de componentes. Luego de la consulta, estas asignaciones de componentes fueron adoptadas por la Comisión en agosto de 2010.

Prioridad 4: Prever oportunidades para un nuevo crecimiento financiero de 2014 a 2019

La cuarta prioridad de la MHSOAC se centra en importantes esfuerzos de coordinación en California, los cuales serán necesarios debido a la aprobación de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental y la aprobación de la Exención 1115 de Medicaid.

En abril de 2010, la MHSOAC empezó a examinar las consecuencias de la aprobación de estos nuevos mandatos para el sistema público de salud mental de California. La MHSOAC considera que estos nuevos

mandatos extensivos requerirán importantes esfuerzos de coordinación en California para garantizar que las personas con enfermedades mentales y sus familias reciban todos los beneficios a los que tienen derecho de la manera más eficiente y eficaz.

Reforma Federal del Cuidado de la Salud

El 23 de marzo de 2010, el presidente Obama convirtió en ley una reforma extensiva del cuidado de la salud, la Ley de Protección a los Pacientes y para la Atención Accesible. Esta reforma se centra en disposiciones para ampliar la cobertura, controlar los costos de la atención y mejorar el sistema de prestación servicios de cuidado de la salud. La nueva ley hace cuatro cosas principales: 1) Integrar el concepto de responsabilidad compartida al sistema de cuidado de la salud de Estados Unidos, 2) Implementar importantes reformas al mercado de seguros de salud, 3) Realizar cambios en el programa Medicare y 4) Realizar otros cambios que apoyan a la red de seguridad en el cuidado de la salud, y promover la prevención y el bienestar.

Ley de Paridad de la Salud Mental e Igualdad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA)

El 29 de enero de 2010, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS), Educación y Trabajo, emitió una regla final provisional (Interim Final Rule, IFR) que brinda asesoría sobre cómo se debe implementar la Ley de Paridad de la Salud Mental e Igualdad de las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA). La MHPAEA de 2008 exige a los aseguradores de salud ofrecer beneficios de salud mental iguales en costo y alcance a los beneficios médicos y quirúrgicos. Esto evitará que los aseguradores exijan copagos mayores o que impongan topes de reembolso más bajos para las afecciones relativas a la salud mental y las adicciones.

Exención 1115 de Medicaid

El Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud entregó su solicitud de exención al gobierno federal, misma que reestructura la organización y prestación de servicios de cuidado de la salud para las poblaciones que incluyen a los más vulnerables: beneficiarios de alto costo de Medicaid con afecciones crónicas complejas, comorbilidades y las mayores necesidades de cuidado continuo de la salud. Los adultos con enfermedades mentales graves han sido identificados como una población meta para la nueva exención. El DHHS de EE.UU. aprobó la Propuesta de Exención del Proyecto Integral de Demostración de la Sección 1115 de California, el 2 de noviembre de 2010.

Prioridad 5: Revisión quinquenal de los procesos de la MHSOAC

Compromiso de los interesados

La quinta prioridad de la MHSOAC es solicitar aportaciones a los interesados. La MHSOAC ha tenido un éxito considerable en satisfacer el requisito de la MHSA de conseguir que los interesados se comprometan. La MHSA establece, en la Sección 10, Sección 5846(e) del WIC:

> Que la Comisión garantizará que la perspectiva y participación de los miembros y otras personas que sufren de enfermedades mentales graves y sus familiares sean un factor importante en todas sus decisiones y recomendaciones.

La MHSOAC llevó a cabo las siguientes actividades para garantizar la participación significativa de los interesados:

- Convocó a un foro de interesados en enero de 2010 para determinar cómo solicitar aportaciones significativas a las personas y los grupos de interesados, y cómo colaborar más eficaz y eficientemente.
- Firmó un contrato con tres entidades estatales para asegurar la participación en los procesos de la MHSOAC. Estos grupos son la Red de California de Clientes de Salud Mental (California Network of Mental Health Clients, CNMHC), la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales—California (National Alliance on Mental Illness, NAMI-CA) y los Defensores Unidos por los Niños y las Familias (United Advocates for Children and Families, UACF).
- Estableció cinco comités permanentes completamente integrados por interesados, con dos comisionados que fungen como Presidente y Vicepresidente de cada comité. Estos comités están conformados por clientes, familiares, proveedores, profesionistas, representantes gubernamentales y defensores.
- Creó el sitio web y la lista de correo electrónico de la MHSOAC para informar al público sobre las actividades de la Comisión, incluidas las próximas juntas.
- Garantizó que todas las juntas de la Comisión y los Comités fueran abiertas y accesibles al público, lo cual incluyó brindar acceso a teleconferencias, instalaciones para discapacitados y servicios de traducción a solicitud.

- Garantizó que los comentarios del público se incluyeran en todas las tareas de las agendas, de acuerdo con la Ley Bagley-Keene de Juntas Abiertas.
- Cambió la agenda de la Comisión para incluir una introducción para los interesados al principio de cada junta y dos oportunidades para el público en general para hacer comentarios durante cada junta. Las tarjetas para comentarios del público también se ofrecen en doce idiomas diferentes.
- Convocó a tres foros públicos para la comunidad realizados en Humboldt, Salinas, y Long Beach. A principios de 2011 se difundirá un informe sobre los resultados de estos foros.

Procesos y procedimientos de la Comisión

La MHSOAC ha desarrollado varios procesos y procedimientos internos para ayudar a la organización a cumplir sus mandatos, incluido el establecimiento de reglas de procedimientos y elecciones anuales de funcionarios. Además, la Comisión ha establecido cinco comités permanentes que analizan cuidadosamente los asuntos relevantes para la Comisión y le hacen recomendaciones para su aprobación.

Los cinco comités permanentes de la MHSOAC son:

1. **Comité de Liderazgo para Clientes y Familias (Client and Family Leadership Committee, CFLC)**: garantiza que la perspectiva y la participación de clientes y familiares sean factores importantes en todas las decisiones y recomendaciones de la Comisión.
2. **Comité de Competencia Cultural y Lingüística (Cultural and Linguistic Competence Committee, CLCC)**: garantiza que la perspectiva y la participación de personas y familias pertenecientes a comunidades étnicas y culturales que no han recibido atención o la han recibido de manera insuficiente sean factores importantes en todas las decisiones y recomendaciones de la Comisión.
3. **Comité de Financiamiento y Políticas de Salud Mental**: garantiza que todos los recursos de la MHSA se gasten de la manera más eficiente en relación con los costos y estén sujetos a la supervisión local y estatal para garantizar la rendición de cuentas a los contribuyentes y al público.
4. **Comité de Evaluación**: garantiza que las evaluaciones continuas de la MHSA ilustren con precisión la medida en que los objetivos de la MHSA se han cumplido, para asegurar a los contribuyentes que su inversión de los recursos para salud mental está produciendo resultados eficientes.
5. **Comité de Servicios de la MHSOAC**: hace recomendaciones sobre la implementación de la MHSA y la sustentabilidad de los programas y servicios, y garantiza que todos los servicios de la MHSA se proporcionen de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas.

Además de los cinco comités actuales, la Comisión también estableció un grupo de trabajo de corto plazo sobre trastornos concomitantes (Co-Occurring Disorders, COD) que tiene a cargo desarrollar recomendaciones integrales para satisfacer las necesidades de las personas que tienen alguna enfermedad mental concomitante con el abuso de sustancias. El grupo de trabajo convocó a múltiples juntas y escuchó la información presentada por líderes y expertos en el estado del tratamiento de trastornos concurrentes de California. En noviembre de 2008 la Comisión adoptó el Informe COD, que resumía recomendaciones para mejorar la capacidad del estado, de los encargados de crear las políticas del condado y de los administradores de programas para satisfacer las necesidades de las personas con trastornos concomitantes de acuerdo con la MHSA. La MHSOAC sigue implementando muchas de las recomendaciones contenidas en el informe. Consulte en el **Apéndice C** el Informe sobre Trastornos Concurrentes.

Los siguientes pasos de la MHSOAC

Ampliar las actividades de evaluación

Mediante sus esfuerzos de evaluación en todo el estado, la MHSOAC busca asegurar a los contribuyentes de California que el uso de fondos públicos del estado para servicios de salud mental dará como resultado inversiones eficientes en los niveles local y estatal, así como demostrar los resultados eficaces y sus repercusiones. La MHSOAC evaluará cómo se ha usado el financiamiento para la salud mental, identificará los resultados de tales inversiones y en algún momento recomendará qué mejoras hacer para maximizar los resultados positivos.

La MHSOAC está comprometida con una evaluación continua que aprenda de las evaluaciones terminadas y se desarrolle a partir de éstas para promover una mejor calidad. Al dirigir los esfuerzos de evaluación, la MHSOAC diseñará estudios que se basen en el logro de los resultados especificados en la MHSA. La MHSOAC trabaja con el DMH, que recolecta y analiza información; el CMHPC, que aprueba resultados; y con los condados, que recolectan la información y realizan evaluaciones

locales. Como en todos los aspectos de la MHSA, la MHSOAC valora las aportaciones reales de las personas que tienen la experiencia de vivir con enfermedades mentales graves, y de sus familiares y otros interesados, para garantizar la supervisión y la rendición de cuentas.

Evaluaciones de PEI e INN

Las tres primeras fases de los actuales esfuerzos de evaluación se han concentrado principalmente en los servicios ofrecidos mediante el componente de CSS. La siguiente fase de las actividades de evaluación de la MHSOAC se apoyará en la información recolectada durante las evaluaciones iniciales y los servicios de evaluación continua ofrecidos mediante los CSS, así como los servicios ofrecidos mediante los componentes de PEI e INN. La MHSOAC empezará a desarrollar una esfera de trabajo para una evaluación de PEI durante el FY 2010/11, y prevé adjudicar un contrato para un evaluador de PEI en el FY 2011/12.

Además, la MHSOAC considera que los siguientes son pasos importantes para empezar a medir la PEI y la INN:

- Desarrollar indicadores del Desempeño de PEI: El Consejo de Planeación de Salud Mental de California desarrolló indicadores de prioridad para CSS a nivel estatal y a nivel condado. Una de las principales prioridades de la MHSOAC es garantizar que se desarrollen indicadores de prioridad comparables para la PEI.
- Informe de Tendencias de PEI: En diciembre de 2009, la MHSOAC publicó un Informe de Tendencias de PEI que evaluó áreas de énfasis y otras tendencias en 223 programas de PEI en 32 países. La MHSOAC planea basarse en este trabajo evaluando las tendencias de los programas de PEI implementados en todo el estado de California.
- Datos de PEI anuales de actualización: Actualmente, los condados dan a conocer los datos sobre sus programas de PEI mediante actualizaciones anuales. La MHSOAC garantizará que la información que dan a conocer los condados sea útil y alimente los esfuerzos de evaluación de PEI, así como la mejora en la calidad.
- Tabla de aprendizaje de INN: Una evaluación de los 74 programas de INN identificó el desarrollo de nuevas prácticas de salud mental en las siguientes áreas de programas: servicios entre iguales (incluida la respuesta ante crisis), jóvenes en edad de transición (transitional-age youth, TAY), servicios conductuales integrados, sociedades de comunidades diversas, aplicación de la justicia o de la ley, financiamiento comunitario, WET, colaboración, trastornos concurrentes, empleo, evaluación, modelos de tratamiento, comunidades de fe, LGBTQ, paternidad, trauma, servicios de bienestar/holísticos y móviles. Consulte el **Apéndice D** para ver la tabla de aprendizaje de INN.
- Informe de Tendencias INN: La MHSOAC espera elaborar un informe sobre tendencias en programas de innovación para resaltar las áreas en las cuales se estén diseñando nuevos modelos de salud mental con la esperanza de que se incorporen a la prestación de servicios y luego se extiendan.

Un plan integrado (2011-2014)

Además de las actividades de evaluación continua, la MHSOAC anticipa trabajar con el DMH, la CMHDA, el CMHPC e interesados para prepararse para un plan integrado que, por disposición de la MHSA, debe desarrollarse. La MHSA establece que el DMH no emitirá lineamientos para un plan integrado antes del 1 de enero de 2012.

Los interesados en salud mental tienen una variedad de expectativas para un plan integrado, que van desde la integración de las partes que componen la MHSA (CSS, PEI, etc.) hasta la integración del sistema de salud mental como un todo, con base en los valores de la MHSA.

Hay muchas preguntas que deberán responderse durante el desarrollo de un plan integrado. Éstas incluyen:

- ¿Cuáles son las metas de un plan integrado?
- ¿Cuáles son las estrategias para lograr esas metas?
- ¿El Estado debe continuar brindando expectativas para los procesos locales de planeación?
- ¿Cuáles serán las políticas del programa de un plan integrado?
- ¿Cuáles son las consecuencias en cuanto a la rendición de cuentas si no se cumple con las normas?

Deliberar y recomendar políticas sobre asuntos fiscales

La MHSOAC debe continuar vigilando el ambiente fiscal, incluyendo tanto la volatilidad del MHSF como otras fuentes de financiamiento para programas de salud mental de la comunidad, ya que ambos juegan

un papel en la implementación exitosa de la MHSA y la integración al sistema público de salud mental. Esta información es esencial para entender cómo repercutirán los cambios de políticas en los condados y si se obtendrán los resultados deseados. La MHSOAC seguirá trabajando con sus socios para elaborar recomendaciones sobre asuntos fiscales relacionados con la MHSA.

Determinar las consecuencias de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Exención 1115 y la Paridad de la Salud Mental

Otra tarea que debe enfrentar la MHSOAC es entender las consecuencias para la salud del comportamiento y el sistema público de salud mental de la Reforma Federal del Cuidado de la Salud, la Exención 1115 de Medicaid y la Paridad de la Salud Mental.

La MHSOAC necesitará mantenerse informada de todos los esfuerzos de implementación, con el fin de garantizar que las personas con enfermedades mentales que no reciben atención del sistema público de salud mental de California se beneficien de estos cambios. Estas importantes iniciativas tienen el potencial para aumentar el acceso al cuidado de la salud mental. La Exención 1115 está diseñada para proporcionar atención integrada a las personas con afecciones concurrentes, un grave problema en el sistema público de salud mental porque las personas con enfermedades mentales tienen afecciones importantes de la salud que, con frecuencia, no son atendidas o son atendidas de manera insuficiente.

La Reforma Federal del Cuidado de la Salud hará cambios a la red de seguridad del cuidado de la salud, que beneficiará a las personas con enfermedades mentales. La Ley de Paridad de la Salud Mental garantizará que se brinde cobertura a los servicios de salud mental en los seguros médicos. Por otra parte, sin embargo, estas iniciativas podrían también reducir sustancialmente el papel de la salud mental pública, pues el cuidado de la salud mental se integra a la atención primaria de la salud, lo cual podría repercutir negativamente en las personas con enfermedades mentales y en el sistema público de salud mental. La MHSOAC evaluará la medida en que esto puede suceder y hará las recomendaciones correspondientes.

Mantener el compromiso de los interesados

El Plan de Trabajo de la MHSOAC establece que la Comisión está comprometida con la participación y las aportaciones continuas y efectivas de los interesados. La MHSOAC seguirá atrayendo e involucrando a todos los interesados en sus deliberaciones, según lo que establece el WIC en su Sección 5846(e).

Conclusión

El Capítulo 20, Estatutos de 2009 de la Tercera Sesión Extraordinaria (AB 5XXX), estableció la existencia separada y aparte de la MHSOAC en relación con el DMH. La Legislatura tenía el claro propósito de que la MHSOAC operara como una entidad independiente con el fin de asegurar la supervisión independiente y la rendición de cuentas fortaleciendo el papel de la MHSOAC en el cumplimiento de sus responsabilidades. La MHSOAC seguirá cumpliendo su mandato con respecto a la supervisión y rendición de cuentas de la MHSA y el sistema público de salud mental. La Comisión tiene el compromiso de garantizar que los californianos estén recibiendo aquello por lo que votaron y seguirá como custodio de la MHSA durante todo el proceso, a partir de su implementación y en el futuro.

En California, más de 2 millones de niños, adultos y adultos mayores se ven afectados cada año por enfermedades mentales potencialmente discapacitantes.

La MHSA beneficia a todos los californianos