

CONSEJO ASESOR DE SALUD CONDUCTUAL
COMITÉ Ejecutivo (VREUNIÓN IRTUAL VÍA ZOOM)
MINUTOS ▪ **Lunes, 14 de junio, 2021**

<p><u>Oficiales de BHAB presentes</u> Jerry Harris, Presidente Ratan Bhavnani,^{1er} Vicepresidente Joe S. Ramírez,^{2o} Vicepresidente Michael Rodríguez, Miembro en General Janis Gardner, Presidenta Emérita</p> <p><u>Otros presentes</u> Gane Brooking, BHAB Jason Canger, Consejero del Condado Vannessa Cortez, Pacific Clinics Cindy Douth, Teleasistencia Roberta Griego, NAMI Condado de Ventura Maya Lazos, Vista del Mar Hospital Jennifer Morrison, BHAB Chris Ridge, Oficina de Educación del Condado de Ventura Carolina Rodríguez, Homeland Language Services Mark Stadler, Equipo de Intervención en Crisis Scott Walker, Equipo de Intervención en Crisis Liz Warren, Red de Clientes Barry Zimmerman, Agencia de Atención Médica</p>	<p><u>Personal de Salud Conductual del Condado de Ventura (VCBH) presente</u> Dr. Sevet Johnson, Director Cynthia Salas, Gerente de Servicios de Equidad – Oficina de Equidad en Salud y Diversidad Cultural Dr. John Schipper, Jefe de la División de Servicios para Adultos Vickie Poliquin, Asistente Temporal de BHAB</p> <p>PRÓXIMA REUNIÓN: Lunes 12 de ju 2021, 1:00 – 2:30 p.m.</p> <p>Reunión virtual vía Zoom</p>
---	--

Nota: La comisión aún no ha aprobado este acta. Puede haber adiciones/ eliminaciones o correcciones antes de que se acepten las actas en forma final.

	DISCUSIÓN/CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES / ACCIONES	RESPONSABLE
I.	<p>Llamada al orden La presidenta Harris llamó a la reunión al orden a la 1:00 PM y explicó los cambios en la forma en que los participantes de la reunión pueden hacer comentarios públicos, señalando que todos los participantes de la reunión, excepto los miembros de BHAB, están silenciados durante la duración de la reunión y no se mutan y se reconocen cuando se levantan las manos solo por períodos de comentarios públicos.</p> <p>La intérprete de español, Carolina Rodríguez, dio instrucciones sobre cómo acceder a la interpretación al español de la reunión e instó a los asistentes a hablar a un ritmo moderado para ayudar con su capacidad de proporcionar traducción simultánea durante la reunión.</p>		
II.	<p>Lista nominal – Asistentes al Comité Ejecutivo de la Junta El presidente Harris confirmó que existe quórum a través de la votación nominal.</p>		
III.	<p>Aprobación del orden del día Harris pidió una moción para aprobar el orden del día. La Sra. Gardner se movió para aprobar el programa tal como está escrito; Mr. Rodríguez secundado. La propuesta fue aprobada por unanimidad mediante votación nominal.</p>	El orden del día fue aprobado tal como está escrito. M/S/C	
IV.	<p>Aprobación del Acta El Sr. Harris pidió una moción para aprobar el 10 de mayo, 2021, actas. Mr. Bhavnani se movió para aprobar el acta; Ms. Gardner secundado. La propuesta fue aprobada por unanimidad mediante votación nominal.</p>	El Acta ha sido aprobada en su forma escrita. M/S/C	
V.	<p>Bienvenida e Introducciones El Sr. Harris dio la bienvenida a todos los miembros de la comunidad, al personal de VCBH y a los miembros del Comité Ejecutivo.</p>		
VI.	<p>Comentarios del público</p> <ul style="list-style-type: none"> Liz Warren agradeció a la presidenta Harris por enviar información sobre cómo hacer comentarios públicos y preguntó si el Dr. Johnson puede responder a los comentarios públicos. El Sr. Harris proporcionó información sobre el sistema actual de VCBH utilizado para dar seguimiento a los comentarios públicos y el Dr. Johnson proporcionó más claridad del proceso de seguimiento interno señalando que responder a los comentarios públicos podría violar las leyes de privacidad de HIPAA. 		

	DISCUSIÓN/CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES / ACCIONES	RESPONSABLE
VII.	<p>Observaciones y anuncios del Presidente</p> <ul style="list-style-type: none"> El Sr. Harris señaló que abordará los puntos de la agenda del 22 de junio de la Junta de Supervisores a las 1:00 PM, en relación con el Informe Anual de BHAB y el Informe del Grupo de Trabajo de Reforma de Lanterman, Petris, Short (LPS). Señaló que cambió su decisión de rechazar la nominación para presidente emérito. Informó que recientemente fue contactado por un reportero que le hizo preguntas sobre una solicitud de presupuesto para aumentar las camas en la Unidad Psiquiátrica para Pacientes Hospitalizados (UIP). 		
VIII.	<p>Actualizaciones del Director</p> <ul style="list-style-type: none"> La Dra. Johnson se dirigió a los comentarios de la presidenta Harris con respecto a la llamada que recibió del reportero del periódico con respecto a la información de solicitud de presupuesto, señalando que proporcionó una presentación presupuestaria exhaustiva a la Junta de Supervisores el 8 de junio que no incluyó la expansión de las camas de UCI o las sillas de la CSU porque los artículos no fueron aprobados en ese momento. El Dr. Johnson declaró que los puntos se presentarán para la acción de votación en el BOS del 22 de junio como una enmienda al presupuesto y se votarán en ese momento. El Dr. Johnson presentó a Cynthia Salas, Gerente de Servicios de Equidad para la oficina de Equidad en Salud y Diversidad Cultural, quien brindó una presentación detallada sobre Logrando Bienestar. El Dr. Johnson declaró que las clínicas han permanecido abiertas durante la pandemia, los clientes continúan siendo atendidos y que los requisitos de Cal /OSHA actualmente permanecen sin cambios, lo que hace que VCBH continúe analizando métodos seguros para llevar a grupos de personas de manera segura al departamento. Noted que el Dr. Schipper está liderando una campaña llamada "El conocimiento es poder", con el objetivo de consultar a las poblaciones vulnerables sobre la información de vacunación y para ayudar con los desafíos que pueden impedir que los clientes sean vacunados. 		
IX.	<p>Comentarios y anuncios de los miembros del Comité Ejecutivo</p> <p>No se hicieron comentarios ni anuncios.</p>		
X.	<p>Informe del Secretario</p> <p>El Sr. Harris señaló que este tema del programa se había aplazado hasta julio.</p>		
XI.	<p>Viejos negocios</p> <p>A. Respuesta de VCBH a las brechas identificadas en la actualización de la solicitud de datos de servicio El Dr. Johnson confirmó que los nombres de los miembros del grupo de trabajo de Data Elements deben proporcionarse al Dr. Schipper.</p> <p>B. Nombrar presidente del grupo de trabajo de elementos de datos El Sr. Bhavnani se movió para aprobar la confirmación del nombramiento de la Sra. Morrison como Presidenta del Grupo de Trabajo de Elementos de Datos en la reunión general del 21 de junio para la acción; El Sr. Ramírez secundado. La moción fue aprobada por unanimidad a través de una votación nominal.</p> <p>C. Estado/recomendación de grupos de trabajo especializados entre pares El Sr. Harris informó que las reuniones del grupo de trabajo no estaban programadas según lo planeado y con las especificaciones del trabajo que se están desarrollando actualmente a través de Recursos Humanos, sugirió la disolución del grupo de trabajo. La Sra. Gardner se movió para aprobar la recomendación de disolver el Grupo de Trabajo de Especialistas entre pares en la reunión general del 21 de junio para la acción; Bhavnani secundado. La moción fue aprobada por unanimidad a través de una votación nominal.</p> <p>D. Solicitud para establecer el presupuesto de BHAB Se examinaron los detalles de las partidas presupuestarias propuestas y los miembros del Comité Ejecutivo proporcionaron información y orientación. El Sr. Harris</p>	<p>Aprobado el nombramiento del Presidente del Grupo de Trabajo de Data Elements el 21 de junio en la Asamblea General para la acción. M/S/C</p> <p>Aprobada la recomendación de disolver el grupo de trabajo de especialistas entre pares en la reunión general del 21 de junio para la adopción de medidas.</p>	

	DISCUSIÓN/CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES / ACCIONES	RESPONSABLE
	<p>señaló que se incluirá un proyecto de presupuesto revisado en el programa de acción de la Asamblea General.</p> <p>Debate sobre las mejores prácticas de interpretación de idiomas El Sr. Harris señaló que este tema se incluirá en el orden del día de la asamblea general para la adopción de medidas. El Sr. Rodríguez pide que se aclare si el documento de prácticas óptimas se revisará en el entendimiento de que se proporcionará a los intérpretes un descanso de 10 minutos, en lugar de recurrir a dos intérpretes sin interrupción. El Sr. Harris informó que se llevará a cabo un debate más a fondo en la reunión general.</p> <p>Cynthia Salas pidió contribuir a la discusión, señalando su importancia, y describió la naturaleza del trabajo del intérprete que requiere una enorme cantidad de capacidad mental y enfoque.</p>		
XII.	<p>Nuevos Negocios</p> <p>A. Evaluar la reunión de la Junta General de mayo para identificar la necesidad de mejora No hay comentarios de los miembros del público o el BHAB.</p> <p>B. Nuevo proceso para comentarios públicos Anteriormente se proporcionó información en relación con el tema I del programa. El Sr. Bhavnani reiterad que los miembros del BHAB no están silenciados durante las deliberaciones de la reunión, pero si se silencian a sí mismos, no pueden reactivar el silencio hasta que el anfitrión de la reunión se lo solicite.</p> <p>Transición a nuevos funcionarios - Debate El Sr. Harris señaló su deseo de garantizar que haya una transición sin problemas para los nuevos oficiales de BHAB y ofreció su asistencia y la del Sr. Bhavnani para continuar con los esfuerzos de BHAB hacia sus logros.</p> <p>D. Presentación a la Junta de Supervisores – 22 de junio El Sr. Harris reiteró que se dirigirá al BOS el 22 de junio a la 1:00 PM en respuesta al Informe Anual y al Informe del Grupo de Trabajo de Reforma de Lanterman, Petris, Short (LPS).</p> <p>E. Revisión de los estatutos de BHAB – Discusión El Sr. Harris señaló que el Grupo de Trabajo de Reducción de Disparidades hará una recomendación para convertirse en un Comité Permanente del BHAB en la reunión general del 21 de junio y declaró que esta sería una buena oportunidad para volver a revisar los Estatutos para cualquier revisión adicional.</p> <p>F. Recomendaciones de la Junta de Salud Mental del Condado de Alameda para reducir la población de reclusos con enfermedades mentales – Discusión El Sr. Harris recomendó que este tema, junto con el tema XII.G. del programa, se examinara conjuntamente en la reunión general del 21 de junio. El Dr. Johnson proporcionó comentarios a los comentarios del Sr. Harris afirmando que el Dr. Schipper ha hecho una gran cantidad de trabajo con su equipo utilizando datos del Condado para estimar cuáles son las necesidades a lo largo del continuo de crisis y las medidas graduales. A posteriorizó el debate sobre la necesidad de determinar si las deficiencias detectadas en el servicio son reales o percibidas. El Sr. Harris informó que la Sra. Morrison proporcionaría los nombres y señaló que también estaba interesado en participar en los debates.</p> <p>G. Proyecto de optimización de camas de salud conductual de San Francisco - Discusión Los puntos de debate se incluyeron en el anterior tema XII.F del programa.</p> <p>H. Solicitudes de presentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cynthia Salas – Logrando Bienestar – Programa de Logro de Bienestar con respecto a una encuesta realizada por un grupo de padres que expresaron su preocupación con respecto a la conexión a los servicios. <p>I. Recomendaciones del Premio de Reconocimiento</p>		

	DISCUSIÓN/CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES / ACCIONES	RESPONSABLE
	El Sr. Harris presentará Certificados de Encomio para Mary Haffner y Elizabeth R. Stone en la reunión general del 21 de junio y discutió brevemente continuar brindando premios de reconocimiento a los miembros de la comunidad y a los trabajadores de primera línea que están haciendo un excelente trabajo y merecen el reconocimiento.		
XIII.	<p>Desarrollar agenda para la Asamblea General Virtual programada para el 21 de junio de 2021 a la 1:00 PM</p> <p>Se acordaron los siguientes cambios:</p> <p><u>AÑADIR:</u> PRESENTACIÓN: Logrando Bienestar – Programa de Logro de Bienestar (Encuesta realizada por Parent Group) – Cynthia Salas, Gerente de Servicios de Equidad – Oficina de Equidad en Salud y Diversidad Cultural (15 min.)</p> <p><u>QUITAR:</u> NUEVOS NEGOCIOS 2.a. Comité de Jóvenes en Edad de Transición (TAY) – Joe S. Ramírez, Presidente</p> <p>El Sr. Rodríguez pidió que los temas 1 y 3 de New Business se trasladaran más temprano en el programa debido a conflictos de calendario que podrían impedirle estar disponible para toda la sesión. El Sr. Harris pidió que solicitara el cambio en la asamblea general bajo la aprobación del orden del día y sugirió que los puntos se colocaran antes de las dos presentaciones.</p>		
XIV.	<p>Comentarios del público</p> <p>Liz Warren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Requested a copy of Cynthia Salas' Logrando Bienestar – Achieving Well Being Presentación de PowerPoint. Comoked Dr. Schipper si los clientes estarán obligados a usar máscaras al recibir servicios. Advised que la Red de Clientes tiene algunos fondos dentro de su presupuesto para reembolsar a sus compañeros y consumidores por las tarifas de las conferencias, las inscripciones a talleres y los viajes. Aincitó al BHAB a reconsiderar su recomendación de disolver el Grupo de Trabajo de Especialistas de Pares. 		
XV.	<p>aplazar</p> <p>El Sr. Harris expresó su agradecimiento y dio las gracias a los miembros del Comité Ejecutivo por su labor y por prestarle apoyo durante el año transcurrido como Presidente.</p> <p>Se levanta la sesión a las 14:27 horas.</p>		

**Behavioral Health Advisory Board EXECUTIVE Meeting Attendance
2020-2021**

Miembros 2020-2021	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June
Jerry Harris Silla	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ratan Bhavnani 1 st Vice Presidente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Joe S. Ramirez 2 nd Vice Presidente	X	X		e		X	X	X		X	X	X
Mary Haffner Secretario	X	X	X	e	X	X	X	X	X			
Janis Gardner Cátedra Emérita	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Michael Rodriguez Miembro en general								X	X	X	X	X

Presente = X

Distrito 1: Supervisor LaVere; Distrito 2: Parques supervisores; Distrito 3: Supervisor Long; Distrito 4: Supervisor Huber; Distrito 5: Supervisor Ramírez



Fecha: 6 de octubre e 2020

Para: Junta de Supervisores del Condado de Alameda

Re: Recomendaciones de MHAB para reducir la población con enfermedades mentales en la cárcel de Santa Rita

Miembros:

Lee Davis,
Presidente
Distrito 5

L.D. Louis,
Vicepresidente Distrito
4

Marcella Anthony
Distrito 1

Marsha McInnis
Distrito 1

Tamika Greenwood
Distrito 2

Linda Ramus
Distrito 2

Neil Penn
Distrito 2

Loren Farrar
Distrito 3

Ashlee Jemmott
Distrito 3

Brian Bloom
Distrito 4

Juliet Leftwich
Distrito 5

Jessie C. Slafter
Distrito 5

**Representante de la
Junta de Supervisores:
Vanessa Cedeño**
Distrito 3

Introducción

La Junta Asesora de Salud Mental del Condado de Alameda (MHAB), debidamente nombrada por la Junta de Supervisores del Condado de Alameda (BOS), proporciona estas recomendaciones con respecto a las acciones que la BOS puede tomar para reducir el número de personas con enfermedades mentales en la cárcel de Santa Rita. El MHAB cree que tales acciones sólo serán significativas y duraderas, sin embargo, si:

- Se basan en un análisis de los datos que se puso a disposición del público de forma de fácil acceso.
- Incluir un calendario de varios años con metas específicas y cuantificables para cada acción, incluyendo una reducción del 50% del número de personas con enfermedad mental grave en la cárcel de Santa Rita dentro de 3 años.
- Son impulsados por estos principios fundamentales y bien establecidos: 1) la encaración exagera las enfermedades mentales; 2) los servicios de salud mental son más eficaces, más humanos y más rentables que la cárcel; y 3) el sistema actual hace que muchos de nuestros miembros más vulnerables de la comunidad sean atrapados en un círculo vicioso de cárcel e indigencia, sin ningún camino claro hacia adelante.

El MHAB reconoce la complejidad y la naturaleza multifacético de este problema y ha centrado sus recursos en consecuencia. Los miembros de MHAB han participado en cada una de las reuniones del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental (JIMHT, por sus parte) de Justice Involved, y han dedicado varias de sus reuniones al tema (incluidas las de la junta plena, el Comité de Justicia Penal y el Comité Ad Hoc), y han buscado y escuchado las opiniones del público. Hemos sintetizado todo lo que hemos aprendido en las siguientes recomendaciones específicas y prioritarias, cada una con elementos de acción a largo y corto plazo.

Recomendaciones prioritarias de
MHAB

Recomendación #1: Aumentar significativamente la capacidad de las camas de tratamiento residencial en todo el condado para garantizar que el tratamiento eficaz y humano esté disponible en todos los niveles de necesidad. El Condado de Alameda debe invertir en la ampliación de la capacidad de la cama de tratamiento para proporcionar una sólida continuidad de la atención, desde camas cerradas en un centro de crisis aguda hasta tratamiento en instalaciones subaculares, instalaciones residenciales en crisis y juntas y cuidados autorizados, cada uno con la capacidad de proporcionar el tipo y la duración adecuados del tratamiento. A menos que el condado de Alameda amplíe agresivamente la capacidad de tratamiento residencial, la cárcel de Santa Rita seguirá siendo el principal centro de tratamiento de salud mental bloqueado del condado.

Elemento de acción a largo plazo:

- El edificio anteriormente conocido como Glenn Dyer Jail debe ser reutilizado para EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL BLOQUEADO Y DESBLOQUEADO DE SALUD MENTAL. El edificio suministra una superficie cuadrada adecuada para permitir una porción bloqueada de la instalación, así como capacidad residencial desbloqueada. La reutilización de este lugar reducirá la respuesta de NIMBY ya que se utilizó como cárcel en el pasado.

Elementos de acción a corto plazo:

- El Condado debe llevar a cabo un estudio de factibilidad para la adaptación del edificio anteriormente conocido como Glenn Dyer Jail como un centro de tratamiento de salud mental cerrado y desbloqueado.
- El Condado debe identificar todos los edificios y propiedades de propiedad del condado vacíos o subutilizados para determinar cuál de ellos podría ser reutilizado o construido para proporcionar tratamiento en todos los niveles de necesidad.
- El Condado debe apoyar la creación y retención de instalaciones autorizadas de la Junta y cuidado, incluso a través de subsidios directos.

Recomendación #2: Priorizar la atención de los "altos funcionarios" ⁱⁱ de los servicios de salud mental y justicia penal del condado para garantizar que estén conectados a los tratamientos e instalaciones adecuados. El JIMHT, utilizando datos suministrados por Alameda County Behavioral Health (ACBH), ha identificado más de 900 "usuarios altos" de servicios. Estos individuos entran y salen repetidamente de camas de crisis agudas, cárceles o instalaciones de desintoxicación de consumo de sustancias. El número de utilizadores altos se ha mantenido constante durante al menos 2 años.

Elemento de acción a largo plazo:

- Cree un equipo de empleados de Behavioral Health Care Services que se dediquen exclusivamente a "usuarios de alto nivel". El rápido volumen de negocios de las organizaciones comunitarias (OBC) conduce a un fracaso en la continuidad de la atención a nuestros miembros más vulnerables de la comunidad. Proporcionar un personal clínico pequeño y dedicado modelado después de la altamente efectiva y exitosa Libertad Condicional Program administrada por el Departamento de Hospitales Estatales proporcionaría la continuidad de la atención y la reducción de la reincidencia que se necesita en el condado de Alameda. Estos empleados, no fuera de contratistas o OBC - servirían como administradores de casos para "altos utilizadores" para asegurar que se proporcione continuidad de la atención. El empleo en el condado aumentaría la retención a

través del pago de un salario digno, así como beneficios.

Elemento de acción a corto plazo:

- Identificar a los "altos utilizadores" y priorizarlos para el trastorno por consumo de sustancias y los servicios de salud mental dentro del sistema de atención.

Recomendación #3: Implementar la **detección y evaluación universales de trastornos de salud mental y consumo de sustancias en la reserva en la cárcel.** Una de las maneras más efectivas de facilitar la diversión y reducir eficazmente la población de enfermos mentales que están encarcelados en Santa Rita sería implementar un sistema que requiere que todas las personas que están encarceladas reciban exámenes y evaluaciones de salud mental cuando estén reservadas. Actualmente, las personas que están encarceladas reciben solo un examen de salud por parte de los empleados de BHCS. La detección y evaluación universales de la salud mental y el consumo de sustancias, idealmente por un equipo de personal clínico independiente, permitirían que las personas con enfermedades mentales que están encarceladas ser desviado inmediatamente a los centros de salud mental, salud conductual y / o tratamiento / tribunales colaborativos según corresponda.

Elemento de acción a largo plazo:

- Dirigir acbh para dedicar personal de los puestos clínicos recién financiados en la cárcel de Santa Rita para la salud mental universal y la detección y evaluación de abuso de sustancias.

Elemento de acción a corto plazo:

- Dirija la ACBH para identificar las herramientas adecuadas de cribado y evaluación.

Recomendación #4: Mejorar la **rendición de cuentas y la supervisión de las organizaciones comunitarias que están contratadas con el Condado para la prestación** de servicios de salud mental y consumo de sustancias. El Condado debe garantizar la calidad y el impacto de los servicios contratados de salud mental y consumo de sustancias mediante la implementación de un sistema eficaz de rendición de cuentas del desempeño y la asignación de recursos para apoyar la infraestructura y la capacidad necesarias para ofrecer servicios de alta calidad.

Elemento de acción a largo plazo:

- Implementar acuerdos de servicio con OBC que tengan al menos parte de su reembolso vinculado a medidas cuantificables de desempeño.

Elemento de acción a corto plazo:

- Ordene a la ACBH que proporcione un informe detallado y disponible públicamente sobre el desempeño de las OBC y su prestación de servicios. Este informe debe incluir datos de reincidencia una vez prestados los servicios.

Otras recomendaciones de MHAB

**La
cárcel:**

- Ordene a la ACBH que contrate a una persona dedicada al personal para la planificación y coordinación de descargas desde la cárcel hasta programas externos.
- Ordene a ACBH que amplíe o cree programas adicionales para la población de reingreso.
- Direct ACBH para operar el Proyecto de Aterrizaje Seguro 24/7 y ampliar sus servicios para asegurar que las personas recién liberadas que están encarceladas tengan transporte, particularmente si son liberados después de que el transporte público ha dejado de operar.

ACBH:

- Dirigir acbh para aumentar 5150 autorización a trabajadores sociales autorizados, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental en situaciones no volatile.
- Dirigir acbh para aumentar la capacidad de los programas ambulatorios intensivos existentes para las personas que viven con enfermedades mentales graves.

Los Tribunales:

- Dirigir la ACBH para aumentar la capacidad de tratamiento y evaluación dentro del Tribunal de Salud Conductual. Esto permitiría a la Corte reunirse en Oakland más de una vez a la semana y también reunirse en otra parte del condado.

conclusión

La MHAB considera que las recomendaciones anteriores, si se aplican, reducirían significativamente el número de personas gravemente enfermas mentales en la cárcel de Santa Rita. Agradecemos su consideración.

sinceramente



Lee Davis, Presidente de MHAB



L.D. Louis, Vicepresidente de MHAB

ⁱ Se necesitan los siguientes datos, como mínimo:

- el número de enfermos mentales graves que están encarcelados en la cárcel
- el número de enfermos mentales graves en la población general del Condado de Alameda, con datos específicos para estas personas sobre:
 - su raza, edad e identidad de género
 - ubicación geográfica
 - si sufren de anosognosia (capacidad deteriorada para percibir la enfermedad mental de uno)
- para cada centro de salud mental existente (incluyendo aquellos con camas cerradas y desbloqueadas), cuántas personas son tratadas

- durante qué período de tiempo,
- la duración media de la estancia,
- cuántas personas fueron rechazadas,
- la duración de la lista de espera, si existe, y
- lo que les sucedió a esas personas después de que

abandonaron la instalación Estos datos deben ser compilados y disponibles

públicamente en Internet anualmente.

ⁱⁱ En el contexto de JIMHTF, "alto utilizador" se refiere a una persona que tiene un alto nivel de participación en el sistema de salud mental durante un período "final" de 12 meses desde la última incidencia definida por: tener participación de la justicia (ver definición a continuación) y 2 o más episodios de CSU, es decir, episodios de John George y/o haber tenido 2 o más episodios de Cherry Hill y/o haber tenido 1 o más episodios hospitalarios; o están en conservación.

"Justicia involucrada" significa:

- Atendido por el Tribunal de Salud Conductual
- Servido por un programa de defensa de la corte
- Visto por el tribunal de drogas
- Servido por un Programa MH AB109 o
- Tenía arresto o citación en la interceptación 0.



La creciente ley de tratamiento de la salud conductual de Napolitano, apoyada por la Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles

20 de abril de 2021

comunicado de prensa

WASHINGTON, DC - Hoy, la Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles se [movió unánimemente para apoyar el](#) H.R. 2611 de la Representante Grace F. Napolitano, la Ley de Tratamiento de Salud Conductual Creciente. El proyecto de ley derogarí la prohibición de pago de las Instituciones de Medicaid para Enfermedades Mentales (IMD) y requeriría que los estados presenten un plan para: aumentar el acceso a la atención médica conductual ambulatoria y basada en la comunidad; aumentar la disponibilidad de servicios de estabilización de crisis; y mejorar el intercambio de datos y la coordinación entre los proveedores de salud física, salud mental y tratamiento de adicciones y los socorristas." Medicaid es el mayor pagador de servicios de salud mental en nuestro país, y la expansión de esta cobertura crítica está atrasada desde hace mucho tiempo", **dijo Napolitano.** "Sin camas en el paciente, las personas que experimentan crisis de salud mental a menudo son liberadas de los departamentos de emergencia y obligadas a lidiar con su enfermedad sin atención profesional. Trágicamente con demasiada frecuencia terminan en prisión o en las calles, lo que no sólo empeora las condiciones de salud mental, sino que aumenta el costo de la atención al estado y al gobierno federal. Proporcionar alivio de la prohibición de pago del IMD finalmente daría a California y otros estados la capacidad de usar fondos federales para cubrir a las personas elegibles para Medicaid que necesitan tratamiento de salud conductual. Agradezco a la Junta de Supervisores por apoyar mi legislación y reconocer que debemos hacer todo lo posible para proporcionar atención que salve la vida a cualquier residente necesitado". A través de mi moción, aprobada por unanimidad hoy, la Junta de Supervisores enviará una carta de 5 firmas en apoyo de H.R. 2611, la Ley de Tratamiento de Salud Conductual Creciente, presentada por la Representante Grace Napolitano",

dijo la Supervisora Kathryn Barger, Junta de Supervisores del Condado de Los Ángeles, 5º Distrito. "Esta es una legislación federal importante que ayudará a proporcionar camas de tratamiento de salud mental hospitalarias o residenciales adecuadas para personas de entre 16 y 64 años que necesitan servicios críticos. Agradezco al Representante Napolitano, que comparte mi compromiso y dedicación por proporcionar atención compasiva de salud mental, y por asegurar que las personas reciban la atención más adecuada en el entorno más apropiado. La prohibición de pago de IMD es una política de larga data que prohíbe al gobierno federal proporcionar fondos de coincidencia de Medicaid a los estados por los servicios prestados a ciertas personas elegibles para Medicaid, de 21 a 64 años, que son pacientes en IMDs. El término "IMD" se define como un hospital, centro de enfermería u otra institución de más de 16 camas, que se dedica principalmente a proporcionar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales, incluyendo atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados." Derogar la exclusión del IMD no sólo es necesario para abordar las necesidades de atención de salud mental de las personas que requieren y merecen servicios residenciales adecuados para sanar, también es un paso importante en la resolución tanto de la brecha de paridad crítica entre la atención de salud física y mental que continúa plagando este campo desde una perspectiva fiscal, como el estigma social que interfiere con el acceso al tratamiento a expensas de los más afectados por la enfermedad cerebral", dijo el

Dr. Jonathan Sherin, Director del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles.

Si usted o alguien que conoce necesita ayuda, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).

###

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE SAN FRANCISCO

Análisis del proyecto de optimización del lecho de
salud conductual y recomendaciones para mejorar el flujo del
paciente

Junio de 2020

Dr. Anton Nigusse Bland, Director de Reforma de Salud Mental
Lauren Brunner, MPH, Coordinador del Programa, Reforma de
Salud Mental

Resumen ejecutivo

El Departamento de Salud Pública de San Francisco (DPH), como la mayoría de los otros sistemas de salud en el mundo, tiene el reto de igualar consistentemente su oferta de camas de salud conductual con la demanda de servicios en todo el espectro de la atención. Las ventajas de un sistema con capacidad de cama optimizada son significativas; los pacientes reciben la atención que necesitan cuando la necesitan, el sistema se beneficia cuando los recursos se utilizan eficientemente y las inversiones tienen el mayor impacto.

A principios de 2020, a través del apoyo financiero de Tipping Point Community, el equipo de Reforma de Salud Mental de la DPH contrató a un proveedor de modelado de simulación, Mosimtec, para responder a esta pregunta más apremiante: *¿Cuántas camas se necesitan en cada categoría de lecho de salud conductual para mantener un flujo constante de pacientes para clientes adultos en San Francisco con cero tiempo de espera?*

A través de un análisis en profundidad de las colocaciones de pacientes en casi 1.000 camas en el sistema de salud conductual de la DPH en el año fiscal 2018-2019, el modelado de simulación de camas ofreció recomendaciones cuantitativas para mejorar el flujo de pacientes. Además, el equipo de Reforma de Salud Mental, a través de conversaciones con expertos en la materia, contempló consideraciones adicionales para las inversiones en camas de salud conductual.

Recomendaciones resumidas:

1. Invierta en **capacidad adicional** de **cama** en las siguientes categorías de cuidado:
 - a. Tratamiento de subaute bloqueado
 - b. Centros psiquiátricos de enfermería especializada
 - c. Centros de Atención Residencial, también conocidos como Junta y Cuidado
 - d. Centros de Atención Residencial para Ancianos
 - e. Tratamiento Residencial de Salud Mental (programas de 12 meses)
2. Complemente todas las inversiones en **camas de salud conductuales** uno a uno **con colocaciones** de vivienda **a largo plazo**, como eluso permanente de Ho de apoyo o los centros de atención residencial, para servir mejor al alto volumen de personas que experimentan personas sin hogar que utilizan el sistema.
3. **Abordar las necesidades únicas** de las poblaciones **especializadas** que comúnmente encuentran tiempos de espera más largos, incluyendo pero no limitado a los hablantes monolingües no ingleses, personas con participación en la justicia penal y pacientes que no son ambulatorios.
4. Cree un **sólido tiempo de espera y un sistema** de seguimiento de datos de **colocación de pacientes** para comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes.
5. Invierta en instalaciones con camas **fijas dedicadas** para **su uso por** los **clientes de DPH** en lugar de compartirse con otros sistemas de salud. Actualmente la DPH no dispone de camas fijas reservadas para sus pacientes en una serie de instalaciones, desafiando su ejercicio para planificar y colocar a los pacientes en tiempo y forma.

6. **Repita la simulación de camas anualmente** para comprender las tendencias e informar la planificación a largo plazo, mitigar las limitaciones de datos encontradas en este proyecto y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente.

fondo

La gestión de las camas de salud conductuales, cuántas necesidades de atención debe servir a sus clientes, es un desafío constante para los sistemas de salud en todo el mundo. Un desajuste de la capacidad de la cama a la demanda tiene implicaciones significativas tanto para los resultados de salud del cliente como para los resultados de un sistema de salud. Un sistema con capacidad que coincide con la demanda es uno que proporciona un flujo óptimo del paciente". "En un sistema optimizado, los pacientes fluyen libremente entre los niveles de atención de acuerdo con sus necesidades clínicas de salud en lugar de las limitaciones del sistema. En San Francisco, donde el Departamento de Salud Pública (DPH) atiende a casi 30,000 clientes de salud conductual por year, la demanda de cama altamente variable, las restricciones persistentes de camas y la recolección de datos inconsistentes impiden que la DPH entienda exhaustivamente las necesidades de capacidad de cama y optimice el flujo del paciente.

En el año fiscal 2018-2019 (año fiscal 1819), la DPH proporcionó atención médica conductual a personas en más de 2.000 camas a través de un continuo, desde la alta agudeza (por ejemplo, psiquiatría hospitalaria aguda) hasta la baja agudeza (por ejemplo, el respiro psiquiátrico del colibrí).¹ A medida que las necesidades de salud conductual de la población cambian con el tiempo, la demanda de servicios cambia de manera similar, lo que complica aún más la necesidad de financiar y prestar servicios adecuadamente a los clientes. Varios informes anteriores que evalúan el sistema de salud conductual de DPH, incluyendo la *Auditoría del Desempeño de BHS* (BLA, 2018) y *Homelessness and Behavioral Health* (JSI-Tipping Point, 2019), han pedido mejoras en los tiempos de espera de los pacientes, inversiones en camas adicionales y datos para cuantificar y calificar las necesidades de capacidad.

A principios de 2020, el equipo de Reforma de Salud Mental identificó una solución innovativa a su desafío de optimización del lecho de salud conductual: el modelado de simulación de camas. El modelado de simulación de camas se ha utilizado internacionalmente como una estrategia sin riesgo para cuantificar la demanda e identificar el impacto de nuevas asignaciones de camas de tratamiento en el flujo de pacientes. Estudios recientes han concluido que el uso de datos históricos y operativos en un modelo de simulación puede ayudar a identificar el tipo y el número apropiados de camas requeridas en los sistemas públicos de salud conductual.²

Métodos

A través del apoyo financiero de Tipping Point Community, DPH contrató a un proveedor experimentado de modelado de simulación, Mosimtec, para producir un modelo matemático que respondería a la pregunta clave: *¿Cuántas camas se necesitan en cada categoría de lecho de salud conductual para mantener un flujo constante de pacientes para clientes adultos en San Francisco con cero tiempo de espera?* Para responder a esta pregunta, el modelo utilizó datos de facturación del año fiscal 1819 de más

de 25.000 admisiones a programas residenciales de salud mental y consumo de sustancias (más de 24 horas de estancias) y entornos de atención urgente (Servicios de Emergencia Psiquiátrica en Zuckerberg San Francisco General, Atención De Urgencias Psiquiátricas y Centro de Sobriedad). Los datos incorporaron la demografía de los pacientes admitidos en estos centros de atención, incluidos el género, la edad, la raza y la etnia, y el estado de la vivienda. El análisis también consideró las transiciones de individuos a través del continuo de atención médica conductual. El análisis

¹ En el Apéndice se ofrece una visión general de las categorías y recuentos de camas. Un subconjunto de 1.000 de estas camas fue incluido en el análisis debido a la disponibilidad de datos.

² La et al. "Aumentar el acceso a las camas de los hospitales psiquiátricos estatales: explorar soluciones del lado de la oferta." *Servicios Psiquiátricos*, 67:5, mayo 2016, 523-528. Devapriya et al. "StratBAM: Un modelo de simulación de eventos discretos para apoyar las decisiones estratégicas de capacidad de camas hospitalarias." *J. Med Syst*, 39:130, 2015, 130. Yin et al. "Aplicación de modelos de simulación para cuantificar el impacto de la salud de la población y las intervenciones de capacidad en la demanda de camas hospitalarias" *Procedimientos de la Conferencia Anual IISE 2018*, 2018.

no fue capaz de calcular la demanda "verdadera"; es decir, las personas que intentaron recibir servicios pero no tuvieron éxito en hacerlo. Esta limitación se considera con más detalle en la sección Discusión.

Para garantizar que los datos de entrada generaran resultados de modelos que reflect con precisión el sistema del mundo real, el equipo de Reforma de Salud Mental trabajó estrechamente con Mosimtec y expertos en la materia de la ciudad para verificar que los datos proporcionados estaban completos y que los resultados preliminares del análisis eran consistentes con la experiencia operativa.

Resultados

Los resultados del modelo de simulación se presentan como "análisis de entrada" - información detallada sobre cómo funcionaba el sistema de camas de salud conductual de DPH en el año fiscal 2019 - y "análisis de salida" que muestra cómo funciona el sistema en escenarios hipotéticos.

Análisis de entrada: El análisis de entrada proporciona información crítica sobre cómo y por quién se utilizó el sistema de salud conductual en el año fiscal 1819. Más de 7.000 personas representaron más de 25.000 admisiones en el año fiscal en casi 1.000 colocaciones diferentes en camas. *La Tabla 1* proporciona un análisis resumido de las características de los pacientes que utilizaron camas de salud conductual en el año fiscal 1819; las personas que experimentan desamparo representan una proporción significativa. Los hombres que experimentaban falta de vivienda eran la demografía de pacientes más común para admitir

mesa 1: características de los pacientes Admitido Para casi 1,000 Dph conductual Salud Camas Año fiscal 1819

característica		Número de pacientes	Porcentaje del total de pacientes
Desamparados ⁴	Sí	4,140	68%
	No	1,955	32%
género	Masculino	4,032	66%
	hembra	1,763	29%
	Otro	300	5%
Raza/Etnicidad	Blanco	2,015	33%
	Negro/Afroamericano	1,434	24%
	Latino/a	720	12%
	Isleño asiático/pacífico	359	6%
	Otros/no declarados	1,567	26%
total		6,095	100%

sistema.

Una proporción desproporcionada de afroamericanos/negros utilizó el sistema, representando el 24 por ciento en comparación con el 6 por ciento de la población de San Francisco. En futuros informes, la DPH recomendará formas de abordar las cuestiones de equidad resaltadas por este análisis.

El análisis de entrada también ayudó a visualizar dónde se sobrecarga actualmente el sistema, revelando la utilización de camas en cada categoría (para programas con recuentos fijos de camas).⁵ La utilización se calcula como la proporción de días de cama ocupados, divididos por los días de cama disponibles.⁶ Debido a las limitaciones en los datos de entrada, la utilización

³ Otros 1.387 clientes identificados no tenían **información** demográfica para incluir en este análisis.

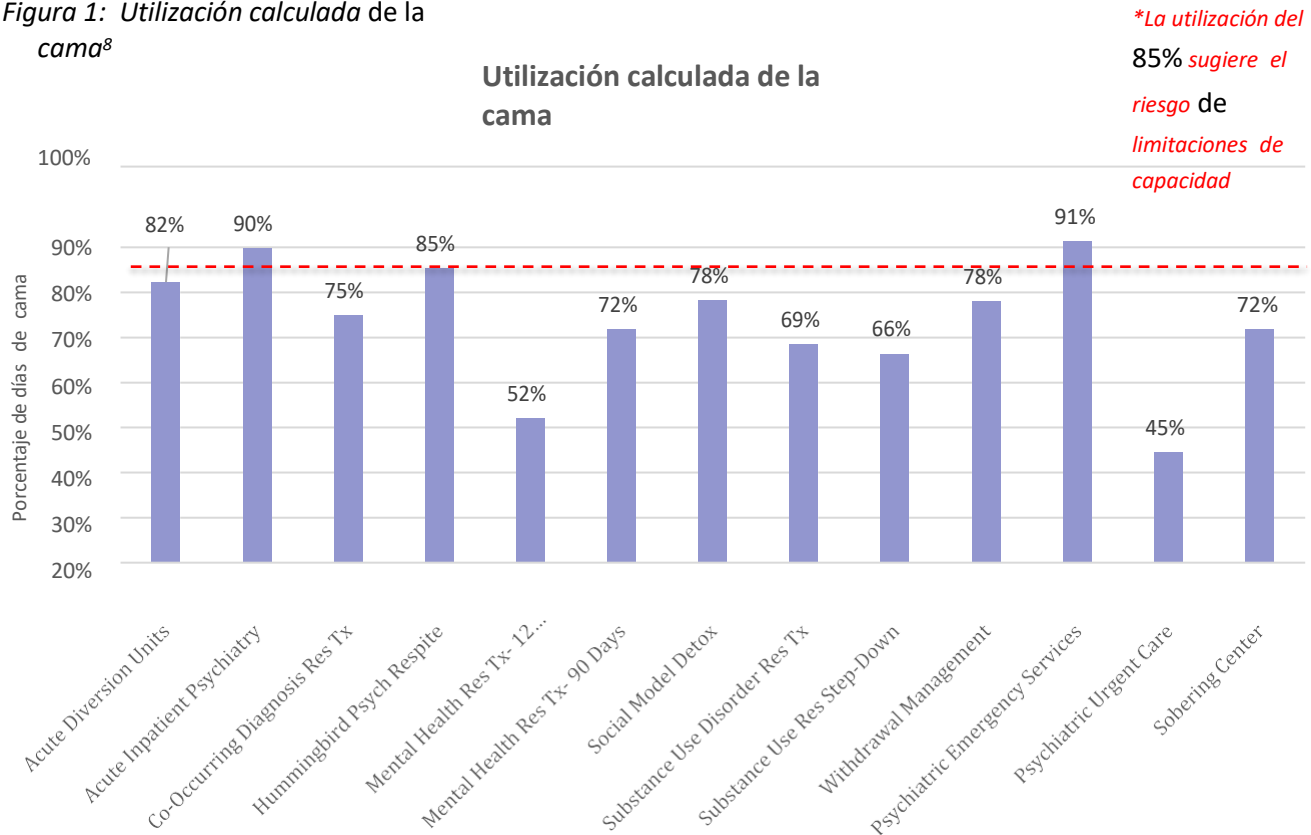
⁴ Falta de vivienda definida por **el Sistema Coordinado de Gestión de la Atención (CCMS)** de la DPH. Ccms define a las personas como sin hogar en el año fiscal si: 1) utilizan un servicio de la ciudad que indica **inestabilidad de la** vivienda, **por** ejemplo, un **refugio** de la ciudad, o 2) auto-reportar **la falta de** vivienda mientras **accede a los servicios de atención** médica.

⁵ La mayoría **de las** camas de salud conductual financiadas por DPH se contraen anualmente en un **recuento de camas "fijas"**. Otras camas se compran individualmente según sea necesario y como presupuesto y las instalaciones **lo** permiten.

⁶ Los **cálculos de utilización de camas** se basaron en los recuentos **de** camas proporcionados por el **Inventario de Camas DPH**.

cálculos para ciertas categorías de camas probablemente subrepresente la verdadera demanda de estos servicios. Estas categorías incluyen el Centro de Aleccionadores, atención de urgencias psiquiátricas y programas de tratamiento residencial de salud mental de 12 meses. Estas limitaciones se detallan y ajustan según sea necesario en la sección Discusión de este informe. Los cálculos de utilización de más del 85 por ciento indican un entorno de atención que corre el riesgo de ser tenso por la capacidad.⁷ Utilizando esta regla, la *Figura 1* muestra las categorías con potencial escasez de capacidad de cama.

Figura 1: Utilización calculada de la cama⁸



*La utilización del 85% sugiere el riesgo de limitaciones de capacidad

Análisis de salida: El modelo creó entonces un escenario hipotético para identificar los ajustes de capacidad de cama que mejorarían el flujo del paciente al disminuir los tiempos de espera de los pacientes. En general, el tiempo de espera experimentado por los pacientes en el sistema se puede atribuir a una capacidad limitada de cama y/o tiempo de procesamiento operativo (exámenes de salud requeridos, citas perdidas, transporte, permisos legales y otros protocolos de admisión). Este análisis se centró en cuantificar el tiempo de espera que se produce debido a restricciones de capacidad. El modelo consideró el sistema holísticamente, identificando dónde los pacientes esperan actualmente antes de la admisión y luego modelando la capacidad necesaria para eliminar los tiempos de espera observados. Además, como se describe en el Apéndice, el modelo consideró un escenario específico para los servicios de emergencia psiquiátrica y la psiquiatría hospitalaria aguda.

El modelo estimó cuidadosamente la utilización actual con el fin de identificar las categorías de camas con tiempos de espera que se producen debido a restricciones de capacidad. A continuación, el modelo simuló escenarios de expansión que reducirían el tiempo de espera a cero.

⁷ Bagust A, Lugar M, Posnett JW. "Dinámica de uso de la cama en acomodar admisiones de emergencia: modelo de simulación estocástica." *BMJ*. 1999; 319 (7203):155-158

⁸ Los subacutes bloqueados, los centros de atención residencial y la enfermería psiquiátrica especializada NO tienen recuentos fijos

de camas y, por lo tanto, no tienen datos de entrada.

Tabla 2: Recuentos recomendados de camas para disminuir la espera del paciente debido a limitaciones de capacidad

Categoría cama	Espera media debido a la capacidad	Aumento recomendado del recuento de	Aumento del recuento de camas para una reducción
Tratamiento de subaute bloqueado	62	31	20
Centros psiquiátricos de enfermería	121	13	8
Centro de Atención Residencial también	60	31	13
Centro de Atención Residencial para Ancianos	44	22	9

La Tabla 2 muestra las cuatro categorías de camas que el modelo identificó como tener tiempos de espera superiores a un día. Para cada una de estas categorías de camas con tiempos de espera, el modelo recomendó entonces un aumento del recuento de camas que reduciría el tiempo de espera a cero con el fin de crear un flujo óptimo. La tabla también proporciona una estimación para reducir a la mitad las esperas actuales.

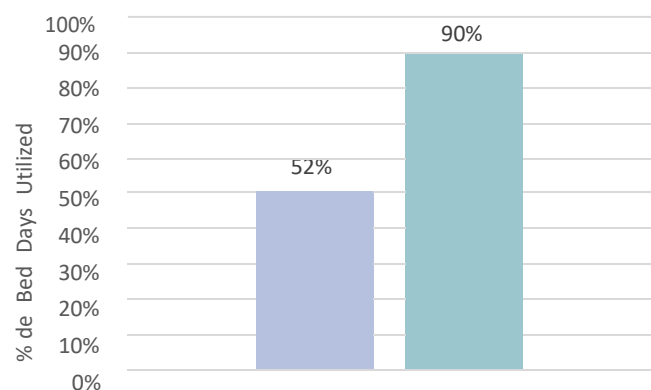
discusión

Los resultados del modelo proporcionan información sustancial para mejorar las operaciones y recomendar inversiones. Dado que cada recomendación de aumentar la capacidad en las categorías de camas identificadas tiene un impacto diferente en el flujo y el presupuesto de los pacientes, los resultados del modelo deben evaluarse cuidadosamente en colaboración con el liderazgo clínico, operativo, político y financiero de la DPH. Las prioridades de financiación deben ir acompañadas de fuertes recomendaciones políticas. Por ejemplo, el valor del aumento de la capacidad en los centros de tratamiento de subcomuuto bloqueado y enfermería psiquiátrica especializada sólo se logra cuando se combina con políticas de conservación que permiten la colocación eficiente de pacientes. Además, deben perfeccionarse las recomendaciones para dirigirse a las poblaciones que históricamente se enfrentan a más desafíos en la búsqueda de colocaciones apropiadas, como people con antecedentes de participación en la justicia penal, hablantes monolingües no ingleses y personas que no son ambulatorio.

Al revisar los resultados del modelo, el equipo de Reforma de Salud Mental encontró una limitación significativa en el cálculo de utilización para el Tratamiento Residencial de Salud Mental, programas de 12 meses. Algunos días de cama fueron excluidos de los datos de entrada debido a los criterios de inclusión del análisis: admisiones que ocurrieron dentro del año fiscal. Para el tratamiento residencial de salud mental, esto excluyó involuntariamente a muchos pacientes que ocuparon camas al comienzo de, y

bien entrado, el período de notificación. Para

Figura 2: Utilización ajustada utilizando todos los días facturados



corregir esta limitación, el equipo de Reforma de Salud Mental

Programa residencial de salud mental de 12 meses

Utilización del modelo Corregido Utilización
días facturados adicionales que fueron excluidos originalmente. Esto tuvo un impacto significativo en los resultados. La inclusión de los datos previamente excluidos dio lugar a un informe del 90 por ciento de utilización de estas camas, ya que

⁹ El modelo identificado **espera** directamente asociada con **las** llegadas del **paciente** por día **contra la capacidad de** la cama. El modelo no puede tener en cuenta el **tiempo de** espera asociado con el procesamiento y otras **barreras** operativas que los clientes de DPH suelen encontrar.

demostrado en *la Figura 2*. Debido a que la utilización de más del 85 por ciento sugiere una necesidad de capacidad adicional, y debido al aumento recomendado en la categoría ascendente, Tratamiento de Subacústico Bloqueado, se recomienda una inversión adicional de 20 camas de Tratamiento Residencial de Salud Mental de 12 meses para mejorar el flujo.

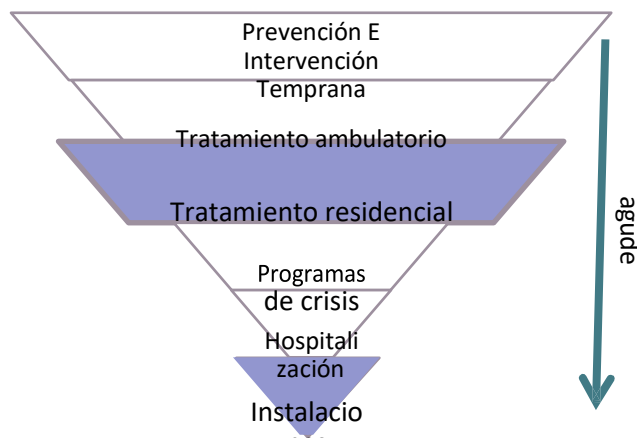
El equipo de Reforma de Salud Mental recomienda que todas las inversiones se dirijan a instalaciones donde la DPH tenga un número fijo de camas que se dedican a su uso por parte de sus clientes. Actualmente, muchos condados comparten instalaciones contratadas, lo que a menudo conduce a retrasos en la colocación de clientes y a la falta de transparencia sobre la duración de esos retrasos para los clientes de DPH.

El equipo de Mental Health Reform también recomienda que, debido al alto volumen de personas que experimentan la falta de vivienda utilizando el sistema, cada inversión en tratamiento de salud conductual se combine con una expansión similar de las opciones de vivienda para esos clientes. Los beneficios del tratamiento pueden disminuir rápidamente si un cliente es dado de alta sin una vivienda adecuada, y las esperas para la vivienda pueden impedir el flujo a través del sistema de salud conductual.

Contextualización de las recomendaciones: El Sistema de Atención conductual DPH se representa en la Figura 3. Los servicios van desde la prevención y la intervención temprana de pacientes de baja agudeza hasta

tratamiento, proporcionado en instalaciones cerradas, para los pacientes más agudos. Este análisis se centró en entornos residenciales para adultos, que son las cuatro categorías inferiores representadas en la Figura 3. Los resultados destacan dos amplias categorías que actualmente embotellan el sistema: tratamiento residencial e instalaciones cerradas. Las categorías específicas incluyen tratamiento residencial de salud mental, tratamiento con subaute bloqueado, centros psiquiátricos de enfermería especializada y centros de atención residencial (para adultos y adultos mayores). Detalle sobre estos

Figura 3: Sistema de Salud Conductual DPH



Categorías y el

servicios con tal que son Listado en *mesa 3*. Además de Identificar Categorías ese son Sobrecargado el modelo cama resaltada Categorías con utilización Niveles y capacidad que suficientemente acomodar el flujo en operaciones actuales. estos Categorías incluir agudo Unidades de Desvío, sustancia uso Residencial tratamiento y retirada Administración Programas.

Cuadro 3: Detalle programático sobre categorías con aumento de capacidad recomendado

Categoría cama	descripción	Cama fy1819 Recuento ¹⁰	Instalaciones de
Tratamiento Residencial de Salud Mental, 12 meses	Programa de vida en grupo residencial que proporciona tratamiento para manejar la vida con enfermedades mentales, desarrollar habilidades para la vida y habilidades sociales, desarrollar estrategias de afrontamiento positivas, habilidades pre-vocacionales/vocacionales, adherencia a medicamentos	30	Progress Foundation Clay Street y Dorine Loso Houses

¹⁰ Recuento de camas basado en contratos de año fiscal 1819 para programas de tratamiento residencial de salud mental (12 meses) y el censo de pacientes al 30 de abril de 2019 para todas las demás categorías.

Categoría cama	descripción	Cama fy1819 Recuento ¹⁰	Instalaciones de
Tratamiento con subacuto bloqueado – también conocido como Centro de Rehabilitación de Salud Mental (MHRC) e Instituto de Enfermedades Mentales (IMD)	Estas instalaciones son para clientes colocados en un Conservatorio Lanterman- Petris-Short (LPS) debido a una discapacidad grave o en una retención ordenada por la corte forense. Estos programas proporcionan rehabilitación psicosocial para estabilizar el impacto de las enfermedades mentales en el funcionamiento diario, establecer la adherencia a los medicamentos, mejorar la vida y las habilidades sociales, desarrollar estrategias de afrontamiento positivas y estabilizar el bienestar y la recuperación.	132	MHRC en SF Centro de Salud Conductual, Crestwood (Centro de Curación SF, Canyon Manor, Vallejo)
Centro psiquiátrico de enfermería especializada	Un centro de salud con licencia, o una parte distinta de un hospital, que proporciona atención hospitalaria las 24 horas que incluye servicios médicos, de enfermería especializada, dietéticos y farmacéuticos, y un programa de actividades. El SNF psiquiátrico se especializa en el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos graves que no pueden ser manejados de forma segura en otros entornos. Esta configuración se puede bloquear o desbloquear.	160	Idylwood Care Center, Crestwood (Fremont, Stevenson, Stockton), Medical Hill
Centros de Atención Residencial (RCF), también conocidos como Junta y Atención	Los RCF ofrecen vida en grupo para personas con discapacidades (médicas o psiquiátricas) que necesitan ayuda con la preparación de comidas, monitoreo de medicamentos y atención personal, pero no necesitan atención médica aguda diaria. Los RCF individuales pueden especializarse en ciertas áreas clínicas, como la rehabilitación de la salud mental y la geriatría.	305	Cuidado del hogar de la familia Unida, South Van Ness Manor, BMB Sunshine Residential Care
Centros de Atención Residencial para Ancianos (RCFE)	Los RCFEs generalmente ofrecen vida en grupo para personas de la tercera edad (con necesidades médicas o psiquiátricas) que necesitan ayuda con la preparación de comidas, monitoreo de medicamentos y atención personal, pero no necesitan atención médica aguda diaria. Los RCFEs individuales pueden especializarse en ciertas áreas clínicas como rehabilitación de salud mental y geriatría.	267	Crestwood Hope, Victoria Manor, Country Place Vida asistida

Al realizar el análisis costo-beneficio de agregar camas en diferentes niveles de cuidado, es importante entender cómo funciona el sistema dinámicamente como un continuo. Las inversiones en cada nivel de cuidado afectan no sólo a esa categoría de cama, sino también a las categorías de camas aguas arriba y aguas abajo. Por ejemplo, si la DPH sigue la recomendación de aumentar la capacidad de la cama en el tratamiento con subacuto bloqueado, las categorías de camas ascendentes Psiquiatría Hospitalaria Aguda y Servicios de Emergencia Psiquiátrica podrán liberar a los pacientes que esperan esa categoría aguas abajo. Además, la elección de aumentar la capacidad sólo en locked subacute treatment podría resultar en un nuevo cuello de botella si no se aseguran programas de alojamiento o desprestigios para los pacientes que se descargan desde ese nivel de atención.

Debido al alto volumen de personas que experimentan la falta de vivienda utilizando el sistema, todas las inversiones en colocación temporal (porejemplo, tratamiento de subadhesivo bloqueado) deben complementarse uno a uno con inversiones en colocaciones permanentes como viviendas de apoyo permanente o centros de atención residencial. Sin una vía para una vivienda confiable tras el alta, los pacientes que están experimentando falta de vivienda tendrán dificultades para mantener los beneficios del tratamiento.

Análisis de costos: La DPH debería identificar qué secuencia de inversiones tendría el mayor impacto en los resultados sanitarios y el presupuesto, manteniendo al mismo tiempo el enfoque en lo que es operativamente viable. El equipo de Reforma Sanitaria de Múnsech trabajará con expertos en la materia operativa de la DPH y la Contraloría

completó un proyecto de análisis de flujo para DPH en 2019, para crear un marco de toma de decisiones para priorizar las inversiones. Una vez priorizada y secuenciada, estas recomendaciones deben incorporarse a los procesos de presupuestación y planificación de San Francisco, incluyendo la asignación de 2.000 colocaciones que el alcalde London Breed se ha comprometido a crear para las personas que experimentan problemas de falta de vivienda y salud conductual.

Dado que el sistema está financieramente restringido, el proceso de priorización debe considerar el beneficio marginal de agregar una cama a una categoría frente a otra. *La Tabla 4* describe los costos de operación asociados para los aumentos de camas sugeridos por el modelo. Un costo adicional se asociaría con cualquier puesta en marcha requerida, como la adquisición de edificios.

Tabla 4: Costo de las inversiones recomendadas en camas

Categoría cama	Costo medio anualizado por cama	Aumento recomendado	Aumento anual de la cama recomendado
Tratamiento de subaute bloqueado	\$177,208	31	\$5,493,433
Centro psiquiátrico de enfermería especializada	\$106,580	13	\$1,385,540
Centros de Atención Residencial también conocidos	\$31,390	31	\$973,090
Centros de atención residencial para ancianos	\$38,873	22	\$855,195
Tratamiento residencial de salud mental (12 meses)	\$97,127	20	\$1,942,530
total	N/A	117	\$10,649,788

También es importante considerar los ahorros de costos previstos que resultan de aliviar los cuellos de botella que ocurren en entornos de cuidado de alto costo. Por cada paciente que pasa tiempo "extra", más allá de lo clínicamente necesario, en Psiquiatría Hospitalaria Aguda mientras espera un nivel de atención más bajo, DPH no puede facturar a Medi-Cal por el servicio. Estos días de espera son, por lo tanto, una carga tanto para la recuperación del cliente como para la salud financiera de la organización. Al calcular el potencial de ingresos anuales perdido debido a este problema, podemos equilibrar el costo de las inversiones en camas con los ingresos obtenidos mediante el uso de recursos de psiquiatría hospitalaria aguda para pacientes que clínicamente necesitan el servicio. *El Cuadro 5* muestra la posible recuperación de ingresos y la diferencia neta con respecto a la inversión recomendada utilizando este modelo.

Tabla 5: Recuperación potencial de ingresos y diferencia de costos netos

Categoría cama	Admin Days Psiquiatría Hospitalaria	Posible recuperación de	Aumento anual de la cama recomendado	Diferencia de costes netos anual
Tratamiento de subaute bloqueado	4,131	\$4,361,964	\$5,493,433	(\$1,131,469)
Centro psiquiátrico de enfermería	1,060	\$1,694,060	\$1,385,540	\$308,520
Centros de Atención Residencial también conocidos como Junta y	1,351	\$2,159,128	\$973,090	\$1,186,038
Centros de atención residencial para	289	\$461,871	\$855,195	(\$393,324)
Tratamiento residencial de salud mental (12 meses)	531	\$858,217	\$1,942,530	(\$1,084,313)

*DPH recibe \$1,598.17 por día para pacientes de nivel agudo en psiquiatría hospitalaria aguda ZSFG. El cálculo de recuperación de ingresos asume que los días no facturables en el año fiscal 1819 se convierten en días de cama agudos para pacientes. Para los pacientes que esperan tratamiento con subaute bloqueado, DPH puede facturar a Medi-Cal por días administrativos a \$542.26 por día, haciendo que la recuperación de ingresos por día sea de \$1,055.91. Para los pacientes que esperan otras categorías de camas enumeradas, DPH no recibe ningún reembolso de Medi-Cal.

Limitaciones: La información utilizada para este análisis está limitada por dos factores principales. En primer lugar, la DPH no dispone de un sistema de datos centralizado para captar admisiones para las 2.000 de sus camas de salud conductual. Con el fin de incluir la continuidad completa de la atención en el estudio, se hizo un esfuerzo significativo para unificar los datos. Sin embargo, el proyecto estaba limitado por los sistemas de datos de origen y sus métodos dispares para la gestión de datos. En segundo lugar, la DPH utilizó sólo un año fiscal de admisiones a estas camas. La decisión de utilizar un año de datos equilibró la ventaja de basarse en datos recientes y cuentas de camas fijas en detrimento de la información de recuento insuficiente relacionada con los carneros de prog con largas duraciones de la estancia (por ejemplo, tratamiento residencial de salud mental de 12 meses, centros de atención residencial, centros psiquiátricos de enfermería especializada, Paso abajo). El equipo de Reforma de Salud Mental trabajó con los expertos en la materia de la DPH y Mosimtec para mitigar el impacto de estas limitaciones en los resultados del proyecto. Como se muestra anteriormente en la sección de discusión, la limitación afiliada a los programas de larga estancia se corrigió en el caso del tratamiento residencial de salud mental a través de análisis post-modelado.

Además, aunque el modelo puede estimar los tiempos de espera en función de los datos de entrada, este cálculo del tiempo de espera es limitado y no es totalmente representativo de la realidad. Por ejemplo, en el sistema real, ciertos patients pueden ser redirigidos o elegir ajustes de atención alternativos cuando los tiempos de espera no son tolerados por el sistema o el paciente. De esta manera, es probable que los tiempos de espera, y por lo tanto las necesidades de capacidad, estén subrepresentados en este ejercicio. Además, el modelo no identificó los tiempos de espera en las categorías de camas donde se sabe que los clientes esperan en la práctica, por ejemplo, tratamiento residencial de salud mental. Este resultado es atribuible a algunos factores; no existe un sistema de datos que rastree concretamente el tiempo de espera, y el tiempo de espera en el sistema actual podría deberse plenamente al tiempo de procesamiento y a las barreras operativas en lugar de la escasez de capacidad. Estas posibilidades y limitaciones serán evaluadas plenamente por el equipo de Reforma de

Salud Mental en colaboración con los Servicios de Salud Conductual como seguimiento de este informe. Crítico para este seguimiento es el desarrollo de un sólido tiempo de espera y un sistema de seguimiento de datos de colocación de pacientes. Este sistema permitirá comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes. ..

conclusión

El Proyecto de Optimización de Camas de Salud Conductual ofrece información nueva e importante para ampliar la capacidad actual y mejorar el flujo de camas de salud conductual en San Francisco. Además de las recomendaciones para las inversiones en camas, el modelo ilumina quién utiliza el complejo sistema de cuidado y cómo. También muestra las limitaciones de los sistemas de datos actuales. En resumen, las recomendaciones finales de este proyecto incluyen:

1. Invierta en **capacidad adicional** de **cama** en las siguientes categorías de cuidado:
 - a. Tratamiento de subaute bloqueado
 - b. Centros psiquiátricos de enfermería especializada
 - c. Centros de Atención Residencial, también conocidos como Junta y Cuidado
 - d. Centros de Atención Residencial para Ancianos
 - e. Tratamiento Residencial de Salud Mental (programas de 12 meses)
2. Complemente todas las inversiones en **camas de salud conductuales** uno a uno **con colocaciones** de vivienda **a largo plazo**, como viviendas de apoyo permanente o centros de atención residencial, para servir mejor al alto volumen de personas que experimentan personas sin hogar que utilizan el sistema.
3. **Abordar las necesidades únicas** de las poblaciones **especializadas** que comúnmente encuentran tiempos de espera más largos, incluyendo pero no limitado a los hablantes monolingües no ingleses, personas con participación en la justicia penal y pacientes que no son ambulatorios.
4. Cree un **sólido tiempo de espera y un sistema** de seguimiento de datos de **colocación de pacientes** para comprender mejor el impacto de las barreras operativas en el tiempo de espera de los pacientes.
5. Invierta en instalaciones con camas **fijas dedicadas** para **su uso por los clientes de DPH** en lugar de compartirse con otros sistemas de salud. Actualmente la DPH no dispone de camas fijas reservadas para sus pacientes en una serie de instalaciones, desafiando su ejercicio para planificar y colocar a los pacientes en tiempo y forma.
6. **Repita la simulación** de **camas anualmente** para comprender las tendencias e informar la planificación a largo plazo, mitigar las limitaciones de datos encontradas en este proyecto y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente.

A pesar de las limitaciones mencionadas en este análisis que probablemente contribuyen a una subestimación de las necesidades de capacidad, el equipo de Reforma de Salud Mental confía en que las categorías de camas identificadas son consistentes con la mayor necesidad. Una serie de inversiones que incluyen el aumento de la capacidad en las categorías de camas de alta demanda aguas abajo de psiquiatría hospitalaria aguda, junto con unidades de vivienda de apoyo permanente para la alta proporción de pacientes que experimentan falta de vivienda, sin duda mejorará el flujo y disminuirá los costos y cuellos de botella en las categorías de camas upstream. La metodología de simulación de

camas debe replicarse para interrogar más a fondo la información disponible, mitigar las limitaciones de datos y explorar otras intervenciones que mejorarían la experiencia del paciente. Debido a que el sistema de atención médica y las necesidades de los clientes están en constante evolución, la metodología es más eficaz si se utiliza al menos anualmente. Por lo tanto, el ejercicio debe convertirse en un procedimiento operativo estándar para que la DPH mejore constantemente los resultados de salud y obtenga recompensas financieras.

apéndice:

SFDPH Camas de Salud Conductual Año Fiscal 2018-19



Resultados adicionales del modelo:

Escenario 2 Resultados: En el escenario 2, el modelo ajustó los datos históricos utilizando la suposición de que todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en los Servicios de Emergencia Psiquiátrica lo hacen debido a la falta de capacidad en la ubicación del tratamiento "siguiente parada", Psiquiatría Aguda Inpatient, en Zuckerberg San Francisco General (ZSFG). Posteriormente, el modelo calculó el número de camas necesarias para evitar este tiempo de espera. En este escenario, el modelo identificó que para prevenir cuellos de botella en los Servicios de Emergencia Psiquiátrica, el número de camas en Psiquiatría Hospitalaria Aguda tendría que aumentar significativamente (61 por ciento). Sin embargo, debido a que se ha demostrado que las inversiones realizadas en categorías de camas aguas abajo reducen o incluso eliminan los cuellos de botella aguas arriba, DPH, en conversaciones con los expertos de Mosimtec, se opuso a incluir este resultado como recomendación final. Este enfoque se probará y analizará cuando el ejercicio de modelado de simulación de cama se repita anualmente.

Tabla 6: Escenario 2 Recuentos recomendados de camas

Categoría cama	Recuento de camas de	Recuento recomendado	Aumento
Psiquiatría hospitalaria aguda ZSFG	44	71	61%

Informes de validez: las tablas siguientes proporcionan detalles sobre las salidas del modelo en comparación con los datos de entrada históricos. Estos informes respaldan la conclusión de que el modelo reflejaba la realidad en un grado razonable de confianza.

Tabla 7: Llegadas por día

categoría	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	2.91	2.92	0%
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	3.42	3.40	(1%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	0.75	0.75	0%
Respiro psiquiátrico del colibrí	1.79	1.79	0%
Tratamiento de subaute bloqueado	0.54	0.54	0%
Tratamiento residencial de salud mental	0.88	0.88	0%
Opción - San Francisco	0.81	0.81	0%
Servicios psiquiátricos de emergencia	21.94	21.95	0%
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	0.21	0.22	5%
Atención psiquiátrica urgente	7.07	7.06	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	0.27	0.27	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	0.12	0.11	(8%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - En	0.23	0.23	0%

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	0.16	0.16	0%
Centro aleccionador	18.03	18.03	0%
Desintoxicación del modelo social	2.88	2.87	0%
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	3.40	3.40	0%
Consumo de sustancias Rebara residencial	0.65	0.65	0%
Gestión de retiros	2.12	2.12	0%

Tabla 8: Duración media de la estancia (días)

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	13	12	(8%)
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	12	11	(8%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	52	51	(2%)
Respiro psiquiátrico del colibrí	15	14	(7%)
Tratamiento de subaute bloqueado	205	203	(1%)
Tratamiento residencial de salud mental	65	64	(2%)
Opción - San Francisco	8	8	0%
Servicios psiquiátricos de emergencia	1	1	0%
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	106	99	(7%)
Atención psiquiátrica urgente	1	1	0%
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	272	268	(1%)
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	155	143	(8%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - En	195	185	(5%)
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	154	142	(8%)
Centro aleccionador	0	0	0%
Desintoxicación del modelo social	6	6	0%
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	51	50	(2%)
Consumo de sustancias Rebara residencial	99	97	(2%)
Gestión de retiros	10	10	0%

Tabla 9: Utilización de la cama

categoria	Entrada calculada	Escenario 1 Salida	% Diferencia
Unidades de desvío agudo	82%	79%	(4%)
Servicios psiquiátricos hospitalarios agudos	90%	83%	(8%)
Tratamiento residencial de diagnóstico co-ocurrencia	75%	73%	(3%)
Respiro psiquiátrico del colibrí	85%	84%	(1%)
Tratamiento de subaute bloqueado	*desconocido	79%	Na
Tratamiento residencial de salud mental	60%	52%	(13%)
Servicios psiquiátricos de emergencia	91%	82%	(10%)
Centros psiquiátricos de enfermería especializada	*desconocido	86%	Na
Atención psiquiátrica urgente	45%	42%	(7%)
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - En el Condado	*desconocido	74%	Na
Centro de Atención Residencial también conocido como Junta y Cuidado - Fuera del Condado	*desconocido	79%	Na
Centro de Atención Residencial para Ancianos -	*desconocido	75%	Na
Centro de Atención Residencial para Ancianos - Fuera del Condado	*desconocido	75%	Na
Centro aleccionador	72%	36%	(50%)
Desintoxicación del modelo social	78%	72%	(8%)
Trastorno por consumo de sustancias Tratamiento	69%	64%	(7%)
Consumo de sustancias Rebara residencial	66%	54%	(18%)
Gestión de retiros	78%	74%	(5%)



V E N T U R A C O U N T Y

BEHAVIORAL HEALTH

A Department of Ventura County Health Care Agency



VENTURA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH

A Department of Ventura County Health Care Agency

14 de junio de 2021

Programa

LOGRANDO BIENESTAR

Cynthia Salas

Gerente de Servicios de Equidad

Oficina de Equidad Sanitaria y Diversidad Cultural



VENTURA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH

A Department of Ventura County Health Care Agency

ENCUESTA REALIZADA POR EL GRUPO DE PADRES

Preocupación de la comunidad por la falta de conexión de las escuelas con el Programa Logrando Bienestar.”

Manifestaciones de Preocupación del Grupo De Padres

- “El programa no establece contacto con las escuelas y las familias necesitadas.”

Las preguntas de las encuestas son las siguientes

- ¿Cuenta tu colegio con el Programa Logrando Bienestar (LBP)?
- ¿Sabe qué servicios ofrece el LBP?
- ¿Puede darme el nombre del personal de LBP asignado a su escuela?
- ¿Tiene información de contacto de la persona de LBP asignada a su escuela?
- ¿Conoce el proceso de referencia?
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con LBP?

Se contrató a los secretarios escolares de los siguientes distritos escolares

- Distrito Escolar Unificado de Ventura - **3 centros escolares**
- Distrito Escolar Unificado de Santa Paula - **5 centros**
- Distrito Escolar de Río - **2 centros**
- Distrito Escolar de Oxnard - **7 centros**
- Distrito Escolar de Ocean View - **2 centros**
- Distrito Escolar de Hueneme - **5 centros**
- Distrito Escolar Unificado de Fillmore –**NO MOU (Sin Memorando de entendimiento)**
 - Pero conectado con 3 centros escolares y por el distrito escolar, Sespe ya no es una escuela.

Resultados de las respuestas de los empleados

- ¿Tiene su escuela el Programa Logrando Bienestar (LBP)?
 - **8 administrativos/SÍ Y 11 administrativos/No**
- ¿Sabe qué servicios ofrece el LBP?
 - **1 administrativo/SÍ Y 18 administrativos/No**
- ¿Puede decirme el nombre del personal de LBP asignado a su escuela?
 - **2 administrativo/SÍ Y 17 administrativos/No**
- ¿Tiene algún dato de contacto de la persona de LBP asignada a su colegio?
 - **2 administrativo/SÍ Y 17 administrativos/No**
- ¿Conoce el proceso de remisión?
 - **4 administrativo/SÍ Y 15 administrativos/No**
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con LBP?
 - **3 semanales, 1 mensual, 15 nunca**

Participaron 19 personas

Se entrevistó con los siguientes distritos escolares

- Distrito Escolar Unificado de Ventura – **Cynthia Frutos**
- Distrito Escolar Unificado de Santa Paula- **Stephanie Barnes**
- Distrito Escolar de Río – **Oscar Hernandez**
- Distrito Escolar de Oxnard- **Jodi Nocero**
- Distrito Escolar de Ocean View- **Maria Elena Plaza**
- Distrito Escolar de Hueneme - **David Castellano**
- Distrito Escolar Unificado de Fillmore – **NO MOU (Sin Memorando de entendimiento)**

Respuestas del Distrito Escolar

- ¿Tiene su escuela el Programa Logrando Bienestar (LBP)?
- ¿Sabe qué servicios ofrece el LBP?
- ¿Puede darme el nombre del personal de LBP asignado a su escuela?
- ¿Tiene información de contacto de la persona de LBP asignada a su escuela?
- ¿Conoce el proceso de remisión?
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con LBP?
- **Los secretarios de los distritos escolares que respondieron "no" a varias de estas preguntas afirmaron que los secretarios de sus oficinas no están incluidos intencionalmente en este proceso por razones de confidencialidad.**
- **Los consejeros son la línea directa de contacto para los padres.**
- **Las escuelas agradecerían que se les pusiera en contacto con los padres cuyos hijos forman parte de sus centros escolares para proporcionarles apoyo**

Respuesta de Logrando Bienestar

- Enseñanza a distancia al comienzo de la pandemia
- La enseñanza híbrida sigue limitando el número de personal en el campus
- Nuestro personal se reúne regularmente con los consejeros académicos según lo programado entre los consejeros y el personal de LB.
- El administrador del programa tiene reuniones regulares programadas con el liderazgo del distrito/administrador principal
- Los consejeros de las escuelas tienen toda la información de nuestro personal y para las escuelas que tienen un foro de "padres y consejeros" (sitio web) se incluye nuestro programa y la información del personal.
- Hemos coordinado 93 talleres hasta el día de hoy, lo que ha permitido conectar con 1038 personas

Respuesta de Logrando Bienestar

- LBP ha coordinado 93 talleres hasta la fecha, lo que ha permitido conectar con 1038 padres.
- LBP ha coordinado sesiones promocionales/informativas sobre nuestro programa, en las que se ha contado con 3299 personas.
- LBP ha distribuido 6376 piezas de información en diferentes eventos en la comunidad
- LBP ha apoyado a 902 personas a través de remisiones de servicio, de las cuales 446 fueron conectadas con VCBH-STAR
- Proveedores comunitarios de menor nivel de atención - Sin ánimo de lucro

Esfuerzos de Logrando Bienestar

- Edad de las personas atendidas por LBP:
 - 0 a 15: **488**, 16 a 25: **89**, 26 a 59: **203**, 60+: **15**
- **Raza**
 - Hispano-Latino: **607**
 - Blanco - **52**
 - Otro -**13**
 - Declina contestar-**108**
- **Origen étnico**
 - Hispano-Latino -**599**
 - No-Hispano-**39**
 - Declina contestar -**143**

La CLAVE

- El Programa Logrando Bienestar alcanzó el mes pasado un total de
 - **253 personas (un mes) /419 a día de hoy.**

LA CLAVE ¿Qué es La CLAVE?
La CLAVE es una guía para reconocer los síntomas de una enfermedad mental grave.

C **Creencias falsas o ideas delirantes**
"Él tiene una cámara escondida por aquí y me está viendo para ver si aún lo amo..."

L **Lenguaje desorganizado**
"Solo si puedo volar lejos con las palomas y luego escaparme al carnaval y comprar una aspiradora y limpiar las nubes..."

A **Alucinaciones**
Equivocadamente ver y escuchar cosas que no se ven o escuchan por otras personas.
Los siguientes son dos ejemplos:
"Yo vi a mi papá muerto pero nadie más en la sala lo vio. Yo sé que él estaba allí. Me asustó."

V **Ver cosas que otros no ven**
"Yo vi a mi papá muerto pero nadie más en la sala lo vio. Yo sé que él estaba allí. Me asustó."

E **Escuchar sonidos o voces que otros no escuchan**
"Las voces me dicen que hiciera cosas raras".
Para obtener más descripciones visite nuestro sitio web UseLaClave.com

¡Consigue ayuda hoy!

Para obtener información sobre La CLAVE y otros recursos visite UseLaClave.com
UseLaCLAVE @UseLaCLAVE
Esta campaña está coordinada por USC University of Southern California

La Clave Para Conseguir Ayuda Para Enfermedades Mentales Graves

UseLaClave.com

LA CLAVE What is La CLAVE?
La CLAVE is a guide to the symptoms of serious mental illness.

C **False beliefs or delusions**
Creencias falsas o ideas delirantes
"He has a camera hidden here and he's watching me to see if I still love him..."

L **Disorganized speech**
Lenguaje desorganizado
"Only if I can fly away with the pigeons and then I can run away to the carnival and buy a vacuum cleaner and clean up the clouds..."

A **Hallucinations**
Alucinaciones
Mistakenly seeing and hearing things that are not seen or heard by other people.
Two examples are the following:
"I was hearing this man yelling at me, swearing at me. But I was alone."

V **Seeing things that others do not see**
Ver cosas que otros no ven
"I saw my dead father but no one else in the room saw him. I know he was there. It scared me."

E **Hearing sounds or voices that others do not hear**
Escuchar sonidos o voces que otros no escuchan
"I was hearing this man yelling at me, swearing at me. But I was alone."
For more descriptions visit our website at UseLaClave.com

The Key to Getting Help for Serious Mental Illness

UseLaClave.com

Get help today!

For more information about La CLAVE and other resources visit UseLaClave.com
UseLaCLAVE @UseLaCLAVE
This campaign is coordinated by USC University of Southern California

Antes de la Expansión

Después de la Expansión

2016-2019

Sólo existía en dos distritos escolares:

- Distrito Escolar de Oxnard
- Distrito Escolar Unificado de Santa Paula

La LBP se ha ampliado a las siguientes áreas::

Agencia de Servicios Humanos

Agencia de Libertad Condicional

Oficina de Defensores Públicos

Oficina del Fiscal del Distrito

Salud Pública del Condado de Ventura

Centro Médico del Condado de Ventura

Condado de Ventura de Educación

Programa de Estudiantes Migrantes

Distrito Escolar

2020-2021

- Distrito Escolar de Oxnard
- Distrito Escolar de Port Hueneme
- Distrito Escolar de El Río
- Distrito Escolar de Briggs
- Distrito Escolar Unificado de Moorpark
- Distrito Escolar de Oxnard
- Distrito Escolar de Pleasant Valley
- Distrito Escolar Unificado de Santa Paula
- Distrito Escolar de Somis Union
- Distrito Escolar de Conejo Valley
- Distrito Escolar Unificado de Oak Park
- Distrito Escolar Unificado de Ojai Valley
- Distrito Escolar de Ocean View

Esfuerzos en curso para aumentar los servicios a los miembros de la comunidad latina e indígena 2020-2021

Agencias del Condado	Instituciones Comunitarias /Sin fines de lucro	Grupos religiosos
<p>Oficina del Fiscal del Distrito Oficina del Defensor del Pueblo Libertad condicional Sheriff</p>	<p>Departamento de Policía de Oxnard Departamento de Policía de Ventura Departamento de Policía de Santa Paula Departamento de Policía de Port Hueneme</p>	<p>Misión de San Buenaventura María Estrella del Mar Nuestra Señora de Guadalupe Iglesia de la Comunidad Revive Centro Evangelístico Iglesia Comunitaria Nueva Vida Iglesia Vida Familiar Centro Cristiano Vida Total</p>
<p>Salud Pública del Condado de Ventura Agencia del Área de la Tercera Edad Agencia de Servicios Humanos Centro Médico del Condado de Ventura</p>	<p>Recursos para el desarrollo infantil (CDR) Experiencias adversas en la infancia Condado de Ventura -Dr. Landon Mujer de Honor Hombres de Sustancia* La Coalición para la Armonía Familiar-LaClave Consulado de México UFWF</p>	<p>Instituciones de educación superior (Instituciones de servicio a los hispanos) Universidad de Oxnard Universidad de Ventura Campus Este CSUCI CLU</p>

Conclusión - Programa Logrando Bienestar

- Los CSC se asignan a las escuelas dentro de los distritos escolares y actúan como facilitadores y defensores de las familias
- La información del CSC se pone a disposición de todos los consejeros escolares
- Los CSC mantienen un contacto regular con las escuelas, ya que está estructurado por el personal de orientación escolar
- Todas las escuelas son educadas e informadas sobre la LBP
- Se ha ampliado para asociarse con grupos comunitarios y otras agencias para conectar a las familias con los servicios de salud mental
- Ha defendido La CLAVE para capacitar a los padres, las familias, las instituciones y las personas para identificar los signos graves de la enfermedad mental y cómo acceder a los servicios

Agradecimiento, Invitación a Colaborar y Preguntar

- Gracias a todos los padres que participaron en la realización de esta encuesta
- Las futuras encuestas deben realizarse en colaboración con la Oficina de Equidad Sanitaria y los distritos escolares
- Las escuelas no sabían que su personal estaba siendo entrevistado y no entendían el beneficio de esta encuesta sin la colaboración de la escuela
- A varios distritos escolares les gustaría recibir el nombre de los padres/estudiantes que necesitan apoyo, esa es la mayor prioridad al leer esta encuesta

Fin de la Presentación

Gracias por su atención