



WELLNESS • RECOVERY • RESILIENCE

PROGRAMA Y PLAN DE GASTOS DE TRES AÑOS DE LA MHSA

Años fiscales 2021-22 hasta 2023-24

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES



Adoptado por
la junta de supervisores del condado de
Los Ángeles el {DATE}

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	MENSAJE DEL DIRECTOR	5
III.	RESUMEN EJECUTIVO	7
IV.	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MHSA	11
V.	DESARROLLO DEL PLAN DE 3 AÑOS	
	Requerimientos de la MHSA.....	12
	Plan estratégico del LACDMH: Transformando el Sistema de Salud Mental del Condado	13
	Demografía del condado.....	15
	Planeamiento Comunitario	
	Asociación con las Partes Interesadas: YourDMH	18
	Actividades Planeadas para la MHSA	20
	Respuesta a los Comentarios de las Partes Interesadas	21
	Abordando Disparidades.....	34
	Revisión Pública del Plan y Proceso de Aprobación	37
VI.	IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS SEVICIOS DE SALUD MENTAL.....	38
VII.	INICIATIVAS DESDE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	43
VIII.	CAMBIOS PROPUESTOS PARA EL PLAN DE TRES AÑOS.....	44
IX.	INFORMACIÓN DE LOS COMPONENTES Y RESULTADOS	
	Apoyo y Servicios Comunitarios (CSS)	51
	Asociación de Servicio Completo	52
	Servicios de Atención Ambulatoria	55
	Servicios Alternativos de Crisis	61
	Vivienda	70
	Enlaces	75
	Planificación, Divulgación y Participación	79
	Prevención e Intervención Temprana (PEI).....	89
	Prevención Temprana	90
	Prevención	98
	Estigma y Discriminación.....	117
	Prevención de Suicidios	122
	Educación y Capacitación del Personal (WET)	131
	Innovación (INN)	140
	Instalaciones de Capital y Necesidades Tecnológicas (CFTN).....	161

TABLA DE CONTENIDO

X.	DOCUMENTOS	
	Documento A - Resumen Presupuestario	162
	Documento B - Reserva Prudencial	168
	Documento C - Certificación de Cumplimiento de la MHSA	169
	Documento D - Certificación de Cumplimiento Fiscal de la MHSA	170
	Documento E - Carta de Aprobación de la Comisión de Salud Mental	171
	Documento F - Carta y Acta Adoptadas por la Junta de Supervisores del Condado	172
XI.	ANEXOS	
	Anexo A - Reuniones de las Partes Interesadas	173
	Anexo B - Datos de la MHSA por Área de Servicio	194
	Anexo C - Presentaciones de la Comisión de Salud Mental	235
	Anexo D - Comentarios y Respuesta del Público	249
	Anexo E - Acta y Presentación de la Audiencia Pública	250
	Anexo F - Carta y Acta Adoptadas por la Junta de Supervisores del Condado	251
	Anexo G – Acrónimos	252

INTRODUCCIÓN

La Sección 5847 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code, WIC) establece que los programas de salud mental del condado deben preparar y presentar un Programa y Plan de Gastos de tres años (Plan) seguido por actualizaciones anuales de los Programas y Plan Gastos de la Ley de Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Act, MHSA) El Plan de la MHSA le proporciona la oportunidad al Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) de revisar sus programas y servicios de la MHSA y obtener retroalimentación de una amplia gama de partes interesadas sobre estos servicios. Cualquier cambio que se realice en los programas de la MHSA debe ser en conformidad con la MHSA, las regulaciones actuales y las pautas estatales pertinentes.

El LACDMH participó en procesos de planificación comunitaria individual para cada componente de la MHSA, según las pautas emitidas por el Departamento de Salud Mental de California. La implementación de cada componente comenzó después de la aprobación del plan por parte del Departamento de Salud Mental de California o bien por la Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC) como se muestra a continuación:

Componente de la MHSA	Fechas de aprobación
Plan de Apoyo y Servicios Comunitarios (Community Services and Support, CSS)	14 de febrero de 2006
Plan de Educación y Capacitación Laboral (Workforce Education and Training, WET)	8 de abril de 2009
Plan de Necesidades Tecnológicas (Technological Needs, TN)	8 de mayo de 2009
Plan de Prevención e Intervención Temprana (PEI)	27 de septiembre de 2009
Innovación 1 - Modelo de Clínica Integrada, Modelo de Gestión de Servicios Integrados, Modelo de Equipo de Salud Móvil y Modelo Integrado Dirigido por Compañeros	2 de febrero de 2010
Plan de Instalaciones de Capital (CF)	19 de abril de 2010
Innovación 2: Desarrollo de comunidades resilientes al trauma a través del desarrollo de capacidades comunitarias	28 de mayo de 2015
Innovación 3: Aumentar el acceso a los servicios de salud mental utilizando un conjunto de soluciones para la salud mental basadas en tecnología (renombrado como Help@Hand)	26 de octubre de 2017
Innovación 4 - Estimulación Magnética Transcraneal	26 de abril de 2018
Innovación 5 - Asociación de Servicio Completo Gestionada por Compañeros	26 de abril de 2018
Innovación 7 - Transporte Terapéutico	26 de septiembre de 2018
Innovación 8 - Red de Atención Médica para el Aprendizaje Temprano sobre la Psicosis	16 de diciembre de 2018
Innovación 9 - Apoyos de Recuperación para las Personas Protegidas	26 de septiembre de 2018
La Verdadera Innovación en Recuperación Abarca Sistemas que Empoderan (True Recovery Innovation Embraces Systems that Empower, TRIESTE)	23 de mayo de 2019

Los programas financiados dentro de cada componente se describen en este documento, junto con la cantidad de clientes atendidos y los resultados relevantes del programa.

MENSAJE DEL DIRECTOR



Curley L. Bonds, M.D.
Director Médico

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

hope. recovery. wellbeing.

JONATHAN E. SHERIN, M.D., Ph.D.
Director

Gregory C. Polk, M.P.A.
Subdirector Adjunto

Lisa H. Wong, Psy.D.
Subdirectora Principal

Estimado Condado de Los Ángeles,

Desde su aprobación, la Ley de Servicios de Salud Mental ha brindado una oportunidad sin precedentes de colaborar en el desarrollo y la adaptación de los sistemas de prestación de servicios locales a los Departamentos de Salud Mental del Condado de California y a las comunidades a las que sirven. Sobre la base de más de una década de éxitos en la participación de las partes interesadas, el condado de Los Ángeles (LA County) ha aumentado significativamente su inversión monetaria y de tiempo en los últimos años para construir una planificación comunitaria más sólida, inclusiva y coordinada a través de un proceso que llamamos "YourDMH".

Aunque todavía tenemos un largo camino por recorrer para optimizarlo como un proceso de participación de los interesados, YourDMH representa un compromiso claro para crear una plataforma de planificación impulsada por una asociación transparente y colectiva centrada en la acción. En ese sentido, extiendo mi más profundo agradecimiento a todos los que han estado involucrados directa y/o indirectamente en esta travesía. La energía y el compromiso de los grupos clave dentro de la comunidad, incluida la Comisión de Salud Mental, los Equipos de Liderazgo del Área de Servicio y las Comunidades Desfavorecidas, así como una miríada de defensores y activistas que hicieron posible diseñar un proceso de participación de las partes interesadas más profundo, amplio y genuino.

En el Plan de tres años, encontrará numerosas ampliaciones a los servicios e innovaciones para los programas que están en marcha en el condado de Los Ángeles, así como esfuerzos para mantener programas que han demostrado ser efectivos y de los que muchos dependen cada día. Al insistir en reformar nuestro sistema de salud mental, tengo la esperanza de que los recursos de la MHSA continúen ayudando a los más necesitados a llevar vidas independientes y conectadas con abundancia de oportunidades para lograr un propósito cada día.

El plan en este documento representa una inmensa cantidad de trabajo iterativo basado en un diálogo continuo por todo el condado de Los Ángeles y los incansables esfuerzos del personal para organizar y poner en funcionamiento los planes. Si bien el departamento ha tenido que cambiar drásticamente en respuesta a la crisis del COVID-19, hemos seguido involucrando a las partes interesadas para poder comprender y adaptarnos mejor a las realidades de nuestras comunidades. Dicho compromiso no cesará, al contrario, aumentará a medida que pasemos de las respuestas del COVID-19 a las estrategias de reapertura y recuperación de la comunidad.

Estamos comprometidos a depender en gran medida de nuestras relaciones con la comunidad para ayudar a dirigir el despliegue de los fondos de la MHSA para ofrecer esperanza, facilitar la recuperación y promover el bienestar.

Con el corazón,

Jon

RESUMEN EJECUTIVO

PREFACIO

En noviembre de 2004, los votantes de California apoyaron la Proposición 63 y aprobaron la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) que impone un impuesto sobre la renta del 1% sobre los ingresos personales que superen el millón de dólares. La Ley proporciona fondos significativos para ampliar, mejorar y transformar los sistemas públicos de salud mental para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad mental. La MHSA financia una variedad de servicios que comienza con la prevención y luego integra en un sistema completo de atención para tratar a la persona en su conjunto, con un enfoque en el bienestar, la recuperación y la resiliencia para que se pueda mantener fuera de los hospitales, fuera de las calles y fuera de las cárceles.

La Sección 5847 del Código de Bienestar e Instituciones establece que los programas de salud mental del condado deben preparar y presentar un Programa y Plan de Gastos de tres años ("Plan de Tres Años" o "Plan") seguido por actualizaciones anuales de los Programas y Plan de Gastos de la MHSA. El Plan brinda una oportunidad para que el Condado de Los Ángeles (Condado) - Departamento de Salud Mental (LACDMH) revisen sus programas y servicios de MHSA existentes para así evaluar su efectividad. El Plan también permite al LACDMH proponer e incorporar nuevos programas a través de un sólido proceso de participación de las partes interesadas, en caso de que haya fondos adicionales disponibles. Es a través de este Proceso de Planificación Comunitaria que el LACDMH obtendrá retroalimentación importante de una amplia gama de partes interesadas. Cualquier cambio realizado en cualquier programa de la MHSA debe cumplir con las regulaciones de la MHSA, así como con los requisitos estatales pertinentes.

DISEÑO DEL PLAN

Este Plan describe los programas financiados por la MHSA y está organizado siguiendo los cinco componentes de la MHSA (Servicios y Apoyos Comunitarios, Prevención e intervención Temprana, Innovación, Educación y Capacitación Laboral, Instalaciones de capital, y necesidades tecnológicas).

La información contenida en este informe se estructura en las siguientes tres secciones:

- *Acciones Desde la Última Actualización Anual*
El propósito de esta sección es capturar todos los Ajustes de Mitad de Año publicados que tuvieron lugar después de la adopción de la Actualización anual del año fiscal 2019-20. Los Ajustes están incluidos en este Plan.
- *Cambios al Plan Propuestos para los Años Fiscales 2021-2024*
El Plan detalla los cambios significativos que se proponen o se explorarán en el próximo período de tres años, como se destaca a continuación. Para esto último, el LACDMH incorporará cambios en un Ajuste de Mitad de Año o una próxima Actualización Anual, según el cronograma de la propuesta.
- *Programas y Servicios Existentes por Componente de la MHSA*
Este plan proporciona resultados de programas relevantes específicos para el año fiscal 2019-20 para los planes de tres años anteriores a los años fiscales de 2017-18 a 2019-20 y las Actualizaciones Anuales Asociadas, así como cualquier Ajuste de Mitad de Año. El Plan anterior de Tres Años se extendió al año fiscal 2020-21 debido a la pandemia de COVID-19.

CAMBIOS EN EL PLAN PARA LOS AF 2021-22 HASTA 2023-24

Es importante comenzar esta sección del Plan reconociendo que el mundo atraviesa una época sin precedentes debido al confinamiento global que ocurrió prácticamente de la noche a la mañana a principios de 2020, como resultado de la pandemia de COVID-19. La pandemia de COVID-19 sigue vigente y ha modificado todos los ámbitos imaginables a nivel mundial.

Impacto financiero del COVID-19

Las consecuencias de la pandemia continuarán a medida que los sistemas económicos y de atención médica se enfrenten a desafíos financieros y operativos mientras atienden, tan rápido como pueden, las necesidades de sus usuarios. El presupuesto de aproximadamente \$3.000 millones del LACDMH está financiado por tres fuentes principales: 45% por Medi-Cal estatal y federal, 27% por la MHSA y 19% por la realineación de impuestos sobre las ventas. Se anticipa que el impacto ocurrirá en los próximos años, ya que se prevé que la asignación estatal para la MHSA disminuya en el año fiscal 2021-22 y aún más en el año fiscal 2022-23, según las proyecciones de la Asociación de Directores de Salud Conductual de California. El LACDMH reducirá los compromisos únicos según corresponda, y dependerá de un fondo único para mantener los niveles de servicio durante estos años fiscales. La realineación del impuesto sobre las ventas también seguirá disminuyendo, pero se espera que la economía recupere impulso a medida que el estado atraviese el proceso de reapertura de las empresas, tiendas y restaurantes locales.

Oportunidades de financiación

Si bien existen preocupaciones de financiación, el LACDMH tiene esperanzas de que pueden surgir aportaciones. Las nuevas fuentes de ingresos proporcionarán apoyo financiero adicional para mantener las operaciones actuales y permitir expansiones a otras iniciativas del Condado. A continuación, se destacan las oportunidades de financiación:

- El condado ha recibido fondos de la Ley CARES y el LACDMH ha estado proporcionando servicios bajo la Ley CARES para servicios y actividades especializadas.
- Durante las elecciones de noviembre de 2020, los votantes del condado de Los Ángeles aprobaron la Medida J que redirige más fondos del condado a servicios sociales y programas de alternativas al encarcelamiento. El LACDMH es un participante en el grupo de trabajo de Alternativas a los Encarcelamientos (Alternatives to Incarcerations, ATI), liderado por la Oficina Ejecutiva del Condado, y recientemente presentó propuestas de financiación consistentes con recomendaciones fundamentales que promueven la visión del Condado de "asistencia primero". Se presentaron propuestas para varios programas de la MHSA, como Camas y Vivienda para Tratamiento de Salud Mental.
- El LACDMH está realineando los programas financiados por los ingresos de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) para abordar con mayor facilidad las prioridades del LACDMH de acuerdo con su Plan Estratégico, así como las necesidades de financiación.

Descripción General de los Cambios en el Plan de Tres Años

LACDMH propone dos cambios en el Plan actual: Rediseño de la Asociación de Servicio Completo y el Proyecto de Modernización del Centro de Llamadas 24/7 ACCESS. El cambio para alargar la duración de ciertos Proyectos de Innovación tiene un carácter fundamentalmente administrativo.

El ítem final – Camas para Tratamiento de la Salud Mental y Capacidad de Alojamiento – aparece destacado en este Plan no solo como una iniciativa del Condado, sino también como una meta del Plan Estratégico del LACDMH, que se enfoca en la prevención y en redirigir a los clientes a unos niveles de atención inferiores y más apropiados.

- **Rediseño de la Asociación de Servicio Completo**

Los programas y servicios de la Asociación de Servicio Completo (Full Service Partnership, FSP) fueron desarrollados para proporcionar servicios integrales de salud mental por un equipo multidisciplinar para los clientes que requieren un tratamiento intensivo basado en un número específico de espacios para los usuarios y se pueden incluir, por ejemplo: la respuesta a crisis 24/7, tratamiento intensivo continuo para la salud mental, servicios de vivienda, servicios de empleo, y servicios de tratamiento concurrente de enfermedades mentales y uso de sustancias. La FSP fue diseñada para permitir a las personas diseñar sus propios planes de recuperación con el apoyo de profesionales y compañeros, recreacional o terapéutico de algún tipo, con apoyo 24/7 para hacer realidad su plan.

Para satisfacer las necesidades siempre cambiantes de los niños y adultos vulnerables en el Condado de Los Ángeles, se debe rediseñar el modelo de programación existente basado en cupos y reestructurar los contratos de proveedores para incluir nuevos parámetros del programa, como por ejemplo: la utilización de un enfoque de equipo/población multidisciplinario para sustituirlo, centralizar los procesos de autorización, inscripción y de baja, además de reestructurar los contratos con proveedores que reflejen criterios basados en el desempeño, incentivos y tasas salariales estandarizadas comparables a sus homólogos en las demás clínicas del Condado.

- **Camas para el Tratamiento de Salud Mental y Capacidad de Alojamiento**

Antes de la pandemia de COVID-19, ya existía una gran escasez de camas en hospitales para la salud mental en el condado, lo que creaba grandes brechas en el sistema de atención a la salud mental y obstaculizaba el manejo eficiente de estas camas. Esto dio lugar a una serie de problemas, como, por ejemplo: salas de emergencia psiquiátricas abarrotadas, personas sin hogar que entran y salen de los hospitales volviendo a las calles sin un camino sostenible hacia su recuperación, personas en cárceles que no pueden recibir la atención necesaria en un centro de tratamiento, y largas listas de espera para hacer que los usuarios pasen de los costosos tratamientos agudos, al nivel adecuado de atención. En 2019, el LACDMH recomendó una prueba piloto de dos años para expandir la capacidad hasta 500 camas que 25 millones de dólares en Redireccionamiento del Impuesto sobre las Ventas podía financiar en apoyo de una iniciativa del Condado sobre este asunto. La implementación parcial del plan piloto ya agotó estos fondos.

Ahora existe una necesidad mucho mayor de aumentar la capacidad de camas de tratamiento para la salud mental debido al COVID-19, para liberar camas en los hospitales del condado. Si bien este plan no refleja un cambio propuesto a los servicios y apoyos comunitarios de la MHSA, los servicios de crisis alternativos y vivienda asociados con cualquier expansión en el número de camas para el tratamiento de la salud mental, se destaca este asunto para enfatizar que en un futuro cercano es posible que se flexibilicen la capacidad de inversión de los recursos de la MHSA, ya que es fundamental para promover esta iniciativa del Condado. Mientras tanto, el LACDMH está buscando otras oportunidades de financiación, como la Medida J y SAMHSA.

- **Proyecto de Modernización del Centro de Llamadas 24/7 ACCESS**

El LACDMH busca involucrar a un consultor para diseñar e implementar los objetivos técnicos y comerciales de este proyecto a un costo total propuesto de 3,5 millones de dólares. Ya existen fondos para este proyecto dentro del Plan de Necesidades Tecnológicas.

El sistema actual del LACDMH está anticuado con sistemas dispares, y con diferentes aplicaciones, por lo tanto, la necesidad de revisar el sistema es crítica. El objetivo es modernizar los procesos comerciales, flujos de trabajo y tecnología que permita un proceso más simple entre el agente de llamadas y la persona que llama para obtener asistencia. El centro de llamadas modernizado debe servir como el "plataforma central" de puntos de entrada para acceder a la atención, mejorando así la prestación de atención al cliente.

▪ **Cronograma de Proyectos de Innovación (INN)**

Este componente de la MHSa proporciona una financiación del 5% para proyectos urgentes que introducen prácticas o enfoques nuevos o mejorados para la prestación de servicios de salud mental. El Plan mantiene una financiación que se alinea con las distintas etapas de todos los proyectos de INN. El LACDMH se encuentra en el proceso de evaluar todos los proyectos de INN para determinar su efectividad y considerar financiación continua. Este Plan refleja la continuidad de ciertos proyectos INN hasta un máximo de cinco años.

PROCESO DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

El LACDMH se embarcó en un proceso de planificación comunitaria simplificado para garantizar la oportunidad de recibir comentarios de las partes interesadas en este Plan. El compromiso y las presentaciones se realizaron en su totalidad en una plataforma virtual utilizando Microsoft Teams debido a las Instrucciones de Seguridad en el Hogar del Estado y el Condado sobre el distanciamiento social que prohibían las conglomeraciones. El compromiso inicial comenzó en octubre de 2020 con dos importantes redes de partes interesadas: Equipos de Liderazgo del Área de Servicio (Service Area Leadership Teams, SALT) y Comunidades Culturales Desatendidas (Underserved Cultural Communities, UsCC). Se presentaron a cada grupo los datos específicos de la MHSa sobre las áreas geográficas y se llevó a cabo una evaluación de sus necesidades mediante una encuesta en el transcurso de dos meses. Hay ocho grupos SALT y siete subcomités de UsCC. También se proporcionaron datos de competencia cultural centrados a las UsCC, en un desglose de los servicios en todo el condado por poblaciones étnicas, idiomas hablados, orientación sexual e identidad de género.

El LACDMH también se involucra con el Equipo de Liderazgo Comunitario compuesto por Copresidentes de SALT y UsCC, quienes trabajan juntos para discutir y consolidar las prioridades de las partes interesadas. El LACDMH también se acercó a los miembros de CLT y el 5 de marzo de 2021 fue proporcionada a este grupo específico una presentación que identificó y abordó las disparidades.

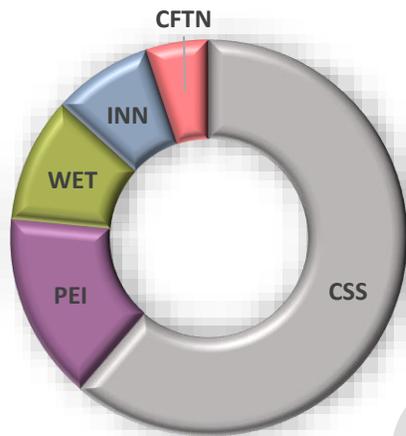
En cuanto a la Comisión de Salud Mental (Mental Health Commission, MHC), el LACDMH presentó una descripción general del Plan principal a los miembros del Comité Ejecutivo el 11 de febrero de 2021. *Está programada una presentación de seguimiento para toda la MHC el 25 de marzo de 2021.*

El borrador del plan se publicó el 19 de marzo de 2021 con un período de comentarios públicos de 30 días. La audiencia pública virtual está programada para el 22 de abril de 2021.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MHSA

La Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) se promulgó en enero de 2005 tras la aprobación de la Proposición 63 a fines de 2004. La Ley impone un impuesto sobre la renta del 1% sobre los ingresos personales que superen el millón de dólares para proporcionar recursos que mejorarán en gran medida la prestación de servicios y los tratamientos de salud mental con base en la comunidad en todo el estado.

La Sección 5891 del WIC establece que los ingresos de la MHSA solo pueden financiar los servicios de salud mental y los programas y actividades de la MHSA. La MHSA aborda una amplia gama de servicios de salud mental del condado para todas las poblaciones: niños, jóvenes en edad de transición, adultos, adultos mayores, familias y personas desatendidas. La MHSA especifica cinco componentes requeridos que son la base de los sistemas de salud mental del condado.



Apoyo y Servicios Comunitarios (CSS)

- Servicios y apoyos directos de salud mental para niños y jóvenes, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores
- Apoyo permanente de alojamiento para clientes con enfermedades mentales graves
- Representa el 76% de la asignación total de la MHSA

Prevención e Intervención Temprana (PEI)

- Servicios para involucrar a las personas antes del desarrollo de una enfermedad mental grave o ante los primeros signos de problemas de salud mental
- Representa el 19% de la asignación total de la MHSA

Capacitación y Educación para Personal Laboral (WET)*

- Mejora de la fuerza laboral de salud mental a través de programas de formación y educación continua

Innovación (INN)

- Oportunidades nuevas o cambiantes para diseñar y probar prácticas de salud mental limitadas en el tiempo que aún no han demostrado ser efectivas, y para fusionar tales prácticas en el sistema de salud mental, aumentando así el acceso a las comunidades desatendidas, la promoción de la colaboración entre agencias y la calidad de los servicios de salud mental
- Representa el 5% de la asignación total de la MHSA

Instalaciones de Capital y Necesidades Tecnológicas (CFTN)*

- Construcción de proyectos y mejoras de los sistemas de servicios de salud mental utilizando la tecnología más actual.

**Las transferencias de fondos de CSS a WET y/o CFTN están permitidas de acuerdo con las pautas de la MHSA*

DESARROLLO DEL PLAN DE TRES AÑOS

REQUISITOS DE LA MHSA

La Sección 5847 de WIC establece que los programas de salud mental del condado deben preparar y presentar un Programa y un Plan de Gastos de Tres Años con Actualizaciones Anuales para los programas y gastos de la MHSA. Los condados también deben enviar Actualizaciones Anuales que reflejen el estado de sus programas y servicios, así como cualquier cambio.

Los Planes y las Actualizaciones Anuales deben ser adoptados por la Junta de Supervisores del condado y enviados a la Comisión para la Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental dentro de los 30 días posteriores a la adopción por parte de la Junta de Supervisores.

La Sección 5848 de WIC establece que la junta de salud mental llevará a cabo una audiencia pública sobre el borrador del Programa de Tres Años y el Plan de Gastos al cierre del período de 30 días.

La MHSOAC tiene como obligación:

- supervisar los programas y servicios financiados por la MHSA a través de estos documentos, y
- evaluar cómo se han utilizado los fondos de la MHSA, qué resultados se han obtenido y cómo se pueden mejorar los servicios y programas.

PLAN ESTRATÉGICO LACDMH 2020-30: TRANSFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Visión

Imaginamos al Condado de Los Ángeles unificado por la intención compartida y la colaboración intersectorial de ayudar a quienes padecen enfermedades mentales graves a sanar, crecer y prosperar al brindarles un fácil acceso a los servicios y las oportunidades adecuadas en el momento, el lugar y a través de las personas adecuadas.

Misión

Nuestra misión es optimizar la esperanza, el bienestar y la trayectoria de vida de los más vulnerables del Condado de Los Ángeles a través del acceso a la atención y las oportunidades que promueven no solo la independencia y la recuperación personal, sino también la conexión y la reintegración comunitaria.

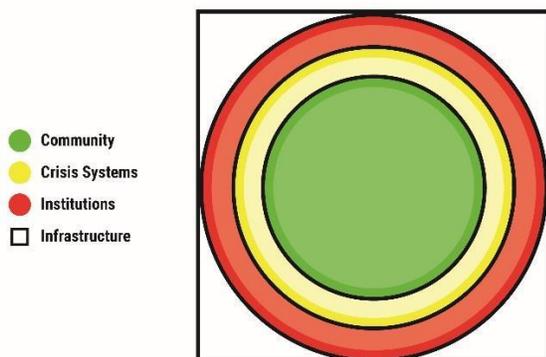
Valores y Principios

El Plan Estratégico del LACDMH se basa en un conjunto fundamental de valores y principios que nos guiarán sobre la mejor manera de implementar el cambio. Para tener éxito, el plan debe incorporar los siguientes valores y principios:

- **Impulsado por el cliente** – donde involucramos a los usuarios, sus familias, las comunidades y todas nuestras partes interesadas como colaboradores completos en la transformación, desde la prestación de atención hasta el rediseño de sistemas.
- **Centrado en la comunidad** – donde los recursos especializados se despliegan de forma activa para satisfacer las necesidades y preferencias identificadas en la comunidad.
- **Equitativo y culturalmente competente** – donde los usuarios, los miembros de su familia y las comunidades son atendidos de manera equitativa y donde los servicios se prestan con respeto a sus culturas.
- **Accesible y hospitalario** – donde todos los servicios y oportunidades están disponibles, son fáciles de encontrar, oportunos y acogedores para todos.
- **Dedicado a la atención al cliente** – donde nuestra vocación principal es brindar servicios de calidad a todos nuestros clientes, desde los usuarios y sus familias hasta el personal del DMH y la amplia red de contratistas.
- **Una cultura de trabajar con el corazón** – donde consideramos la humanidad, la dignidad y la autonomía como elementos sagrados de aquellos a quienes servimos, porque todos tienen derecho a prosperar y a vivir una vida sana, libre y plena.
- **Colaborativo** – donde reconocemos que no podemos hacerlo solos y que necesitamos la experiencia, la dedicación y el trabajo en equipo de muchos otros departamentos, incluyendo la gama completa de socios comunitarios.
- **Mejora continua** – donde la atención se centra en satisfacer las necesidades de aquellos a quienes servimos a través de las mejores prácticas. Donde las decisiones se adaptan y se basan en los resultados, y donde los esfuerzos continuos para aumentar nuestro impacto se incorporan a nuestro trabajo en todos los niveles, todos los días.

El Plan Estratégico del LACDMH se enfoca en el cambio que necesitamos impulsar en todo el sistema, un sistema que dividimos en los tres dominios clave donde interactuamos con los clientes.

DMH Strategic Plan: Domains



La **Comunidad**, reflejada en el círculo verde, significa nuestro Norte, donde siempre preferiremos y nos esforzaremos por proporcionar servicios y oportunidades; la mitad del Plan Estratégico se centra en la comunidad y en las formas en que se pueden desarrollar recursos proactivos y terapéuticos en todo el Condado. Nuestro trabajo en el ámbito comunitario eventualmente se entrelazará para construir un sistema de atención basado en la recuperación compasiva. Con el tiempo, aspiramos a tener comunidades enriquecidas, acogedoras e inclusivas donde las necesidades humanas se satisfagan de una manera receptiva y eficaz en todo el Condado, y donde no sea común ni aceptable tener que separarse de la comunidad debido a una enfermedad mental. Lograr este objetivo requerirá más servicios de prevención, recursos para abordar los determinantes sociales y atención de salud mental ambulatoria.

El segundo dominio, el Sistema de **Crisis** reflejado en el anillo amarillo, se define por nuestras interacciones con los clientes que experimentan crisis, e incluye los recursos intensivos de asistencia (servicios en tiempo real, así como tratamientos dentro de instalaciones para una rápida estabilización) necesarios para ayudar a las personas en crisis. que se aíslan de la comunidad. Con el funcionamiento de un sistema fuerte para las crisis, se pueden evitar numerosos episodios de desamparo y encarcelamiento (en las instituciones de nuestros días). El funcionamiento adecuado en este dominio requerirá la adición de nueva capacitación de personal, incluido el alcance de los equipos de emergencia y los refuerzos de la división de triaje, más una expansión significativa de la atención de urgencia, crisis residencial (incluido el Programa de Tratamiento Residencial a Corto Plazo, STRTP), camas de tratamiento subagudo y agudo, que juntos crean una barrera impenetrable alrededor de las comunidades para mantener a nuestros usuarios más vulnerables fuera de peligro. En resumen, esta parte del Plan Estratégico del LACDMH se centra en el tratamiento intensivo.

El tercer dominio, las **Instituciones**, está representado por el anillo rojo, donde se despliega nuestra amplia cartera de recursos de reingreso (incluido el tratamiento obligatorio) para ayudar a aquellos usuarios que han abandonado la comunidad, y son parte del asilo "al aire libre" de la calle, del asilo "confinado" de la cárcel, y del asilo personal de profundo aislamiento, ninguno de los cuales es un lugar aceptable para la participación y el cuidado, y mucho menos para vivir. Dada la epidemia de personas sin hogar y encarceladas en nuestro Condado, debemos asegurarnos de tener una amplia gama de iniciativas de reingreso diseñadas para cuidar a las personas que languidecen y subsisten en las instituciones, y proporcionar caminos claros y con recursos de regreso a la comunidad. Para los niños, "Institución" se refiere a la participación prolongada o repetida en protección de menores y libertad condicional para menores. Esta parte del Plan Estratégico del LACDMH se centra en iniciativas de reingreso.

Nuestra **Infraestructura**, reflejada en las líneas cuadradas y circulares, es donde nos aseguramos de que el LACDMH tenga como base las mejores personas y procesos para llevar a cabo nuestro trabajo. Está siempre presente en los tres dominios y proporciona una base para todo lo que hacemos. Aquí es donde damos prioridad a la eficiencia y eficacia necesarias para lograr los mejores resultados posibles en nombre de nuestras comunidades. Esta parte del Plan Estratégico de la LACDMH se enfoca en el apoyo organizacional.

A medida que el LACDMH avanza en su misión, está totalmente comprometido a desempeñar un papel clave como socio y contribuyente a la visión más amplia del condado para abordar desafíos críticos y ayudar a las comunidades a prosperar. Con este fin, el LACDMH ha alineado los objetivos de su propio Plan Estratégico con el Plan Estratégico del Condado 2016-2021 (<https://lacounty.gov/strategic-plan-and-goals/>) para asegurar una respuesta cohesiva.

Plan Estratégico del Condado de Los Ángeles



MISIÓN: Establecer servicios de calidad a través de la colaboración interdepartamental e intersectorial que mejore considerablemente la calidad de vida de las personas y comunidades del Condado de Los Ángeles.

VISIÓN: Una cultura impulsada por valores, caracterizada por el extraordinario compromiso de los empleados para enriquecer vidas a través de un servicio eficaz y atento, que empodere a las personas a través del conocimiento y la información.

DEMOGRAFÍA DEL CONDADO

El Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles es el sistema de salud mental operado por el condado más grande de los Estados Unidos. El LACDMH actúa como el plan local de salud mental en un área con más de 10 millones de residentes, garantizando el acceso a atención de salud mental de calidad a través de su red de proveedores, compuesta por clínicas operadas directamente, clínicas contratadas y de ubicaciones compartidas. Estos sitios brindan una variedad de programas y servicios a los residentes del condado dentro y fuera de las instalaciones de la clínica en más de 85 ciudades.

Los residentes del condado representan una de las poblaciones más diversas. El condado presta servicio en función de ocho límites de Áreas de Servicio (AS) definidas por el Condado. Estas tienen una diversa composición racial y étnica que se extiende a lo largo de aproximadamente 4.000 millas. Las siguientes dos tablas proporcionan el desglose por raza/ grupo étnico según las AS. Los valores destacados en negrita mostrados en azul y marrón representan los porcentajes mayores y menores, respectivamente, dentro de cada grupo racial/étnico (Tabla 1) y en todos los AS (Tabla 2).

Figura 1. Población total por raza/grupo étnico

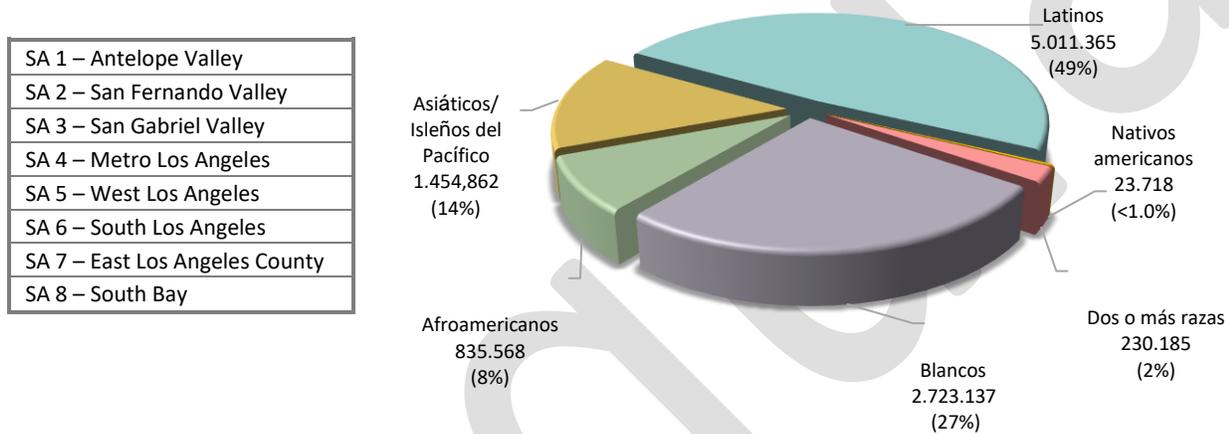


Tabla 1. Población por raza/grupo étnico y Área de Servicio

Área de Servicio (AS)	Afroamericanos	Asiáticos/Isleños de Pacífico	Latino/a	Nativos Americanos	Caucásicos	Dos o más razas	Total
SA 1	60,592	15,412	182,426	1,912	125,919	11,322	397,583
Percent	15.24%	3.88%	45.88%	0.48%	31.67%	2.85%	100%
SA 2	76,738	255,524	916,400	4,751	949,722	59,141	2,262,276
Percent	3.39%	11.29%	40.51%	0.21%	41.98%	2.61%	100%
SA 3	63,526	505,293	843,458	3,716	357,632	34,638	1,808,263
Percent	3.51%	27.94%	46.64%	0.21%	19.78%	1.92%	100%
SA 4	58,698	204,655	617,033	2,599	281,580	21,229	1,185,794
Percent	4.95%	17.26%	52.04%	0.22%	23.75%	1.79%	100%
SA 5	37,280	91,290	110,426	1,198	399,221	28,448	667,863
Percent	5.58%	13.67%	16.53%	0.18%	59.78%	4.26%	100%
SA 6	276,877	19,331	722,715	1,812	25,529	11,431	1,057,695
Percent	26.18%	1.83%	68.33%	0.17%	2.41%	1.08%	100%
SA 7	38,961	118,547	975,913	3,329	169,183	15,372	1,321,305
Percent	2.95%	8.97%	73.86%	0.25%	12.80%	1.16%	100%
SA 8	222,896	244,810	642,994	4,401	414,351	48,604	1,578,056
Percent	14.12%	15.51%	40.75%	0.28%	26.26%	3.08%	100%
Total	835,568	1,454,862	5,011,365	23,718	2,723,137	230,185	10,278,835
Percent	8.13%	14.15%	48.75%	0.23%	26.49%	2.24%	100%

Fuente de datos: Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, Oficina del Censo de los E.E.U.U y los Servicios de Demografía de Hedderson, 2019

Tabla 2 Población por raza/grupo étnico y Área de Servicio

Grupo Étnico	Más Alto	Más Bajo
Afroamericanos	AS 6 (26.2%)	AS 7 (2.9%)
Asiáticos/Isleños del Pacífico	AS 3 (27.9%)	AS 6 (1.8%)
Latinos	AS 7 (73.9%)	AS 5 (16.5%)
Nativos americanos	AS 1 (0.48%)	AS 6 (0.17%)
Blancos	AS 5 (59.8%)	AS 6 (2.4%)
Dos o más razas	AS 5 (4.3%)	AS 6 (1.1%)

AS 1 – Antelope Valley
AS 2 – San Fernando Valley
AS 3 – San Gabriel Valley
AS 4 – Área Metropolitana de Los Ángeles
AS 5 – Oeste de Los Ángeles
AS 6 – Sur de Los Ángeles
AS 7 – Este de Los Ángeles
AS 8 – Bahía sur

Además de la diversidad racial y étnica, el LACDMH también sirve a los residentes a lo largo de su vida. La Figura 2 y las Tablas 3 y 4 a continuación proporcionan una visión del desglose de la población por grupo de edad según las AS. Los valores destacados en negrita que se muestran en azul y marrón representan, respectivamente, los porcentajes mayores y menores, dentro de cada grupo de edad (Tabla 3) y en todas las AS (Tabla 4).

Figura 2. Población total por edad

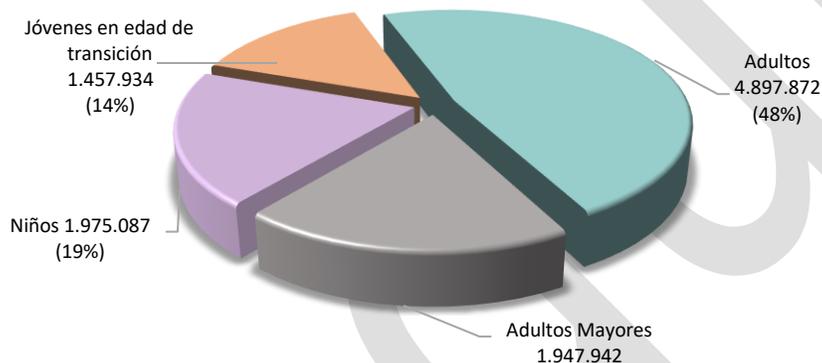


Tabla 3 Población por grupo de edad y área de servicio

Área de Servicio	Edades						Total
	0-18	19-20	21-25	26-59	60-64	65+	
AS 1	106.815	13.746	35.085	175.578	23.206	43.153	397.583
Porcentaje	26,87%	3,46%	8,82%	44,16%	5,84%	10,85%	100%
AS 2	499.201	61.811	155.507	1.091.975	143.160	310.623	2.262.277
Porcentaje	22,07%	2,73%	6,87%	48,27%	6,33%	13,73%	100%
AS 3	397.955	54.967	133.761	831.319	116.518	273.743	1.808.263
Porcentaje	22,01%	3,04%	7,40%	45,97%	6,44%	15,14%	100%
AS 4	241.723	26.490	70.982	637.635	62.497	146.467	1.185.794
Porcentaje	20,38%	2,23%	5,99%	53,77%	5,27%	12,35%	100%
AS 5	119.703	23.198	41.669	335.949	40.961	106.383	667.863
Porcentaje	17,92%	3,47%	6,24%	50,30%	6,13%	15,93%	100%
AS 6	307.162	38.831	93.469	476.370	48.518	93.344	1.057.694
Porcentaje	29,04%	3,67%	8,84%	45,04%	4,59%	8,83%	100%
AS 7	337.324	41.472	105.306	605.575	70.813	160.814	1.321.304
Porcentaje	25,53%	3,14%	7,97%	45,83%	5,36%	12,17%	100%
AS 8	370.643	44.234	111.967	743.471	95.325	212.417	1.578.057
Porcentaje	23,49%	2,80%	7,10%	47,11%	6,04%	13,46%	100%
Total	2.380.526	304.749	747.746	4.897.872	600.998	1.346.944	10.278.835
Porcentaje	23,16%	2,96%	7,27%	47,65%	5,85%	13,10%	100%

Fuente de datos: Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, Oficina del Censo de los E.E.U.U y los Servicios de Demografía de Hedderson, 2019
Algunos totales y porcentajes reflejan redondeo

Tabla 4 Población por raza/grupo étnico y área de servicio

Grupo de edad	Más Alto (en azul)	Más bajo (en marrón)
0-18	AS 6 (29,0%)	AS 5 (17,9%)
19-20	AS 6 (3,7%)	AS 4 (2,2%)
21-25	AS 6 y 7 (8,8%)	AS (6,0%)
26-59	AS 4 (53,8%)	AS 1 (44,2%)
60-64	AS 3 (6,4%)	AS 6 (4,7%)
65+	AS 5 (15,9%)	AS 6 (8,8%)

AS 1 – Antelope Valley
AS 2 – San Fernando Valley
AS 3 – San Gabriel Valley
AS 4 – Área Metropolitana
AS 5– Oeste
AS 6– Sur
AS 7– Este
AS 8 – South Bay

Sequía

PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

El objetivo del Proceso de Planificación Comunitaria es asegurar que las partes interesadas adopten un papel activo a la hora de asesorar al Condado sobre las necesidades de servicio en todas las comunidades del Condado de Los Ángeles. El Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) toma un enfoque colaborativo e inclusivo para entender las prioridades de la comunidad mediante una asociación impulsada por la comunidad que involucra al grupo amplio, diverso y multicultural de partes interesadas de la misma dentro del Condado.

A. Asociación con las Partes Interesadas: YourDMH

El objetivo de este enfoque colaborativo e inclusivo es desarrollar objetivos compartidos de esperanza, recuperación y bienestar. Este enfoque, conocido como YourDMH, se adopta para generar prioridades de las partes interesadas impulsadas por la comunidad, que aportan al LACDMH comentarios y sugerencias, así como asesoramiento en el desarrollo de planes de acción del LACDMH para la prestación de servicios a lo largo del condado a través del sistema. Genera planificación y desarrollo para numerosas iniciativas del sistema, entre las que se incluyen el Plan de Tres Años de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA Three-Year Plan). Aquellos asociados a YourDMH juegan un papel activo a la hora de establecer las prioridades sobre la asignación de fondos para los servicios que la MHSA financia, y también aportan comentarios y sugerencias sobre las prioridades relativas a las poblaciones y a los modelos de servicios a implementar.

La asociación activa incluye estos diversos grupos de partes interesadas:

- Equipo de Liderazgo del Área de Servicio (Service Area Leadership Teams, SALT)
- Comunidades Culturales Marginadas (Underserved Cultural Communities, UsCC)
- Equipo de Liderazgo Comunitario (Community Leadership Team, CLT)
- Comisión de Salud Mental (Mental Health Commission, MHC)

Equipo de Liderazgo del Área de Servicio (SALT)

A los efectos de la planificación y operación, el Condado de Los Ángeles está dividido en ocho Áreas de Servicio (AS), como se muestra en la tabla a continuación. Cada AS tiene un SALT – anteriormente conocido como Comité de Asesoramiento del Área de Servicio (CAAS). Cada SALT funciona como un foro local de consumidores, familias, proveedores de servicios y representantes de la comunidad para proporcionarle al LACDMH información, asesoramiento y recomendaciones con respecto a:

- El funcionamiento de los sistemas de servicio local;
- Las necesidades de servicio de salud mental de su área geográfica;
- El uso más efectivo/eficiente de los recursos disponibles; y
- El mantenimiento de la comunicación bilateral entre el LACDMH y varios grupos y comunidades geográficas.

Tabla 5. Áreas de Servicio del Condado

AS 1 – Antelope Valley	AS 5 – West Los Angeles
AS 2 – San Fernando Valley	AS 6 – South Los Angeles
AS 3 – San Gabriel Valley	AS 7 – East Los Angeles County
AS 4 – Metro de Los Ángeles	AS 8 – South Bay

Comunidades Culturales Subrepresentadas (UsCC)

Uno de los fundamentos de la MHSA es empoderar a los grupos étnicos/culturales subrepresentados y darles una voz en el proceso de las partes interesadas. El término hace referencia a las comunidades históricamente desatendidas, marginadas o que han recibido atención limitada en términos de los servicios de salud mental. Como resultado de la MHSA, el LACDMH desarrolló subcomités para abordar las necesidades de ciertas comunidades étnicas/culturales y reducir las desigualdades culturales y étnicas relacionadas al acceso a la asistencia y a la prestación de servicios. Hay siete subcomités de las UsCC.

Tabla 6. Subcomités de las UsCC

Africano/Afroamericano	Europa del Este/Oriente Medio
Nativo Americano/Nativo de Alaska	Latino
Isleño de Asia y el Pacífico	Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Transgénero, Género No Binario, Inseguros, Intersexuales, Dos Espíritus (LBGTQI2-S)
Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicas	

Los subcomités de las UsCC son una parte importante del proceso de participación de las partes interesadas de la comunidad YourDMH. Estos subcomités trabajan estrechamente con los socios y usuarios de la comunidad para incrementar la capacidad del sistema de salud mental público y para desarrollar políticas y servicios orientados a la recuperación culturalmente competentes, específicamente para las comunidades UsCC. Como parte del proceso de participación de las partes interesadas de la comunidad YourDMH, los subcomités UsCC asignaron fondos para llevar a cabo proyectos de desarrollo de la capacidad que brindan una oportunidad única de acercarse a la sabiduría y experiencia colectiva de los miembros de la comunidad para determinar las mayores necesidades y prioridades relacionadas con la salud mental en sus comunidades.

Los objetivos de los proyectos de desarrollo de la capacidad de las UsCC incluyen un conocimiento creciente sobre enfermedades mentales, un acceso incrementado a los recursos de salud mental, y un estigma decreciente en relación con las enfermedades mentales en la comunidad UsCC a la que se dirige. Estos proyectos no están destinados a la prestación de servicios de salud mental, sino al acceso incrementado a la asistencia para aquellas poblaciones desatendidas, subrepresentadas o que han recibido una atención insuficiente, quienes no están asegurados/ no pueden obtener un seguro, así como también para aquellos grupos de todas las edades (niños, jóvenes en edad de transición, adultos y adultos mayores) consistentes con las necesidades y demografía culturales y del idioma de esas comunidades. Los proyectos deben estar basados en la comunidad e incluir un alcance, participación y educación efectivos culturalmente. Así mismo, deben responder a desigualdades geográficas históricas y a obstáculos con respecto a la obtención de servicios.

Equipo de Liderazgo Comunitario (CLT)

El CLT está formado por copresidentes de dos redes de partes interesadas importantes: SALT y UsCC. Los participantes del CLT trabajan juntos para debatir y consolidar las prioridades de las partes interesadas. Todas las prioridades de estos participantes que el SALT, las UsCC y cualquier otro grupo convocante respalda de manera oficial, están incluidas en la lista de prioridades de las partes interesadas. El objetivo de combinar prioridades de las partes interesadas afines es indicar qué prioridades tienen el apoyo de varias partes interesadas y, por lo tanto, deben retransmitirse al LACDMH mediante el CLT. Este grupo se reúne trimestralmente.

Este proceso de planificación comunitaria inclusivo y en curso le permite al LACDMH recopilar información sobre experiencias con los programas de la MHSA y el sistema de salud mental actual; medir el impacto y efectividad global de dichos programas; registrar recomendaciones para la mejora de programas y procesos; y aceptar comentarios y sugerencias con respecto a necesidades futuras y/o no satisfechas de conformidad con el Código de Instituciones y Bienestar, Artículo 5848(a) (WIC Section 5848(a)).

Comisión de Salud Mental (MHC)

De conformidad con el Artículo 5604 del WIC que establece requisitos muy específicos relacionados a la asociación, la MHC está formada por 16 miembros. Cada miembro representa un Distrito de Supervisión. La función de la CSM es revisar y evaluar las necesidades de salud mental, los servicios, instalaciones y programas especiales de la comunidad.

B. Actividades de Planificación de la MHSA

El LACDMH inició el proceso de planificación comunitario a fines del 2020 mientras involucraba a los miembros del SALT, las UsCC y el CLT en reuniones virtuales para alentar la participación de las partes interesadas. Este proceso de planificación comunitaria inclusivo y en curso le permite al LACDMH recolectar información sobre experiencias con los programas de la MHSA y el sistema de salud mental actual; medir el impacto y efectividad global de dichos programas; registrar recomendaciones para la mejora de programas y procesos; y aceptar comentarios y sugerencias con respecto a necesidades futuras y/o no satisfechas de conformidad con el Artículo 5848(a) del WIC. Los detalles del proceso y cronograma aparecen a continuación. Todas las órdenes del día y documentos de presentación, si los hay, para estas asambleas de partes interesadas están adjuntas en el Anexo A.

Figura 3. Proceso de Planificación Comunitaria y Cronograma



Asamblea Trimestral del CLT: 12 de octubre de 2020

Durante esta asamblea, se presentó a los miembros del CLT un cronograma de todas las iniciativas relativas al proceso de planificación comunitaria que ocurrirían en las asambleas del SALT y las UsCC durante el año fiscal 2020-21 y se ofreció la oportunidad de brindar comentarios y sugerencias sobre ese cronograma del proceso.

Presentaciones de SALT: octubre/noviembre de 2020

El LACDMH celebró varias asambleas para presentarle a las AS información específica de la MHSA, incluyendo la demografía, servicios prestados y necesidades del consumidor para cada SALT. Esta información está adjunta en el Anexo B. Se redactó la presentación de la información junto con una encuesta específicamente para cada AS, y luego se presentó en las asambleas mensuales del SALT para obtener información y comentarios y sugerencias de las partes interesadas. La evaluación de las necesidades se llevó a cabo para solicitar información basada en las preguntas de la encuesta a continuación. La misma encuesta también estuvo disponible en línea.

- ¿Cuáles son algunas de las necesidades no satisfechas del AS que usted representa?
- ¿Cómo afectó aún más la pandemia por COVID-19 las necesidades no satisfechas del AS que usted representa?
- ¿Cómo propone que el LACDMH aborde las necesidades no satisfechas?
- ¿Cómo pueden los programas de la MHSA abordar los problemas de equidad social mediante el LACDMH?
- ¿Qué puede hacer el LACDMH para mejorar las transiciones entre los niveles de asistencia para asegurar un flujo de clientes próspero a través de los niveles necesarios de asistencia?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del LACDMH?

Presentaciones de las UsCC: octubre/noviembre de 2020

Junto con la presentación de los datos geográficos, se ofreció información sobre la competencia cultural en cada una de las siete asambleas mensuales de las UsCC durante los meses de noviembre y diciembre de 2020. Las presentaciones de información de competencia cultural se enfocaron en el desglose de los servicios a lo largo del condado por poblaciones étnicas, idiomas hablados, orientación sexual e identidad de género. A lo largo de estas participaciones mensuales con los SALT y las UsCC, cada grupo de partes interesadas pudo aportar información y comentarios y sugerencias a las presentaciones en tiempo real y a través de la misma encuesta de evaluación de necesidades.

Reunión Trimestral del CLT: 20 de enero de 2021

Durante esta reunión, se presentó a los miembros del CLT un análisis de los comentarios y sugerencias que se obtuvieron a través de varias oportunidades de participación que ocurrieron desde octubre hasta diciembre de 2020. Los comentarios, sugerencias y la información se organizaron y filtraron por categorías, es decir, vivienda, prestación de servicios, recursos, etc. Además, se les ofreció a las partes interesadas la oportunidad de aportar más comentarios y sugerencias sobre el proceso.

Comité Ejecutivo de la Comisión de Salud Mental (MHC): 11 de febrero del 2021

Se presentó a los miembros del Comité Ejecutivo un resumen del Plan de alto nivel para recibir información y comentarios y sugerencias. La orden del día y la presentación están adjuntas en el Anexo C.

Presentación del CLT: 5 de marzo de 2021

El LACDMH presentó un resumen de la MHSA y destacó el trabajo continuo que se realizará por cada programa de conformidad con el Plan de Tres Años actual. El CLT también aportó datos sobre desigualdades y sobre cómo el LACDMH pretende disminuir estas desigualdades en los distintos planes de la MHSA en el transcurso de los próximos tres años según el nuevo Plan. El LACDMH también propuso cambios que estarán en el nuevo Plan.

Publicación del Proyecto del Plan de Tres Años: 19 de marzo de 2021

La versión completa del proyecto del Plan se publicó en el sitio web del LACDMH en esta fecha seguida de un período para comentarios públicos de 30 días.

Presentación de la MHC: 25 de marzo de 2021

El LACDMH focalizará esta presentación en la información que aporten las partes interesadas y en las respuestas que el LACDMH brinde para esos comentarios y sugerencias, junto con la información sobre desigualdades. Así mismo, se presentará un resumen del presupuesto de la distribución anual de la MHSA llevada a cabo por el Estado y de los fondos traspasados. El orden del día y la presentación estarán adjuntos en el Anexo C.

Audiencia Pública: 22 de abril de 2021

La asamblea de Audiencia Pública virtual se llevará a cabo en esta fecha. El proyecto del Plan finalizará con la incorporación de todo comentario y sugerencia que se reciba en la Audiencia Pública y será presentado ante la Junta de Supervisores de Los Ángeles para su aprobación en junio. Las asambleas de la Junta se celebran cada martes y son abiertas al público.

C. Reacción a los Comentarios y Sugerencias de las Partes Interesadas

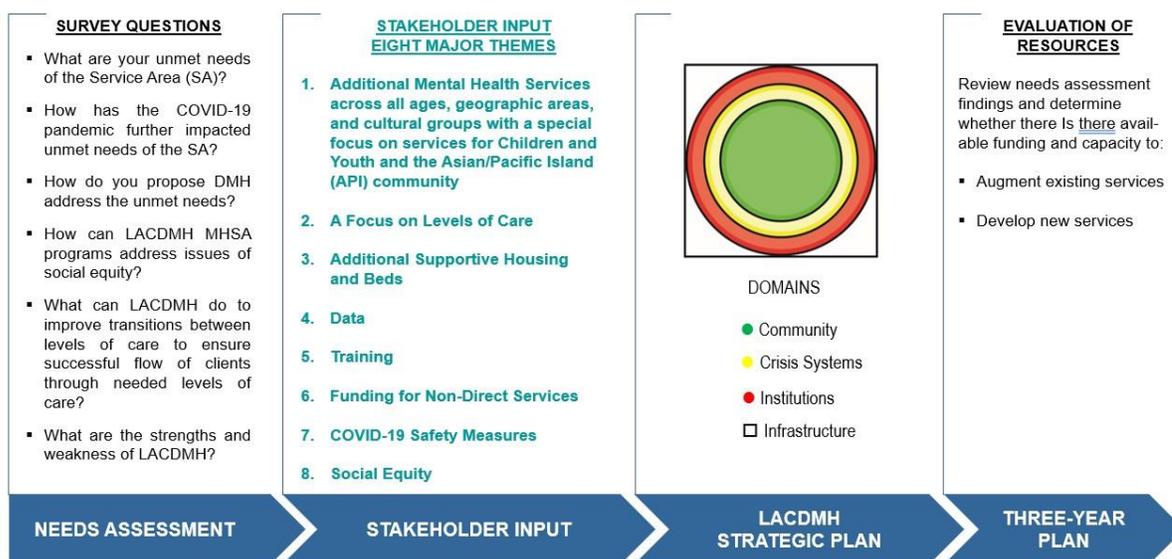
La siguiente sección ofrece un resumen de las respuestas que el LACDMH obtuvo con respecto a los comentarios y sugerencias de las partes interesadas. Recoge los comentarios y sugerencias que aportaron las UsCC, el SALT, el CLT y la MHC.

Durante el proceso de planificación comunitaria a final de 2020, se llevó a cabo una evaluación de necesidades para permitir la participación de las partes interesadas. Se proporcionó una encuesta durante cada una de las asambleas y también estuvo disponible en línea para el público. Las preguntas de la encuesta están indicadas en la siguiente figura.

La información recibida mediante las preguntas de la encuesta está categorizada en ocho temas principales. Fue importante para el LACDMH evaluar las necesidades y brechas identificadas dentro de cada tema para asegurarse de que estos estén alineados con el Plan Estratégico y así evaluar los fondos disponibles y la capacidad de abordar esas necesidades y brechas en la medida de lo posible.

1. Servicios de salud mental adicionales para todas las edades, áreas geográficas y grupos culturales, con especial atención en los servicios para Niños y Jóvenes y la comunidad de los isleños de Asia y el Pacífico (API).
2. Foco en los niveles de asistencia
3. Viviendas y camas de apoyo adicionales
4. Información
5. Capacitación
6. Fondos para servicios no dirigidos
7. Medidas de seguridad contra el COVID-19
8. Equidad social

Figura 4. Proceso para sintetizar la información de las partes interesadas en relación con la evaluación de las necesidades de la comunidad



A continuación, hay resúmenes de los comentarios y sugerencias que las partes interesadas aportaron mediante la evaluación de las necesidades de la comunidad, y se categorizaron en ocho temas individuales. Las sugerencias y comentarios están vinculados a programas existentes o planeados o se identifican como un área para una oportunidad futura. A cada resumen le siguen narrativas breves sobre las oportunidades existentes, pendientes o futuras que se identifican para abordar los comentarios y sugerencias de las partes interesadas. Para algunas áreas, la columna “otro” está seleccionada, eso significa: 1) que los comentarios y sugerencias no aportaron suficiente información o contexto para evaluar la necesidad de forma apropiada o 2) que los recursos para abordar esos comentarios y sugerencias en particular están más allá del alcance del LACDMH, pero pueden identificarse mediante otros departamentos del Condado y/o entidades externas públicas y/o privadas.

1) Necesidad Identificada: Servicios de Salud Mental	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Proporcionar servicios de salud mental psiquiátrica en todos los niveles de asistencia para niños y jóvenes. Enfocarse en la edad de 0-5, trauma infantil y abuso sexual y jóvenes de la comunidad LGBTQ.	X	X		

1) Necesidad Identificada: Servicios de Salud Mental	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Incrementar servicios culturalmente apropiados, entre los que se incluyen capacidad del lenguaje que desestigmatice servicios para todos los grupos culturales, incluyendo las poblaciones API, afroamericanos/ negros, inmigrantes africanos y comunidades latinas a lo largo de todas las AS.	X	X	X	
Incrementar los servicios del Programa de Asociación de Servicio Completo (Full Service Partnership Program, FSP) así como la calidad y las medidas de supervisión para los servicios FSP y las clínicas externas.	X	X	X	
Incrementar las opciones de tratamiento residencial a largo plazo.		X	X	X
Incrementar los servicios para individuos con discapacidades de desarrollo, en particular, las opciones de tratamiento residencial para los jóvenes en edad de transición (TAYs) con dificultades de salud mental considerables.	X		X	
Respaldar el desarrollo de infraestructura y capacidad mediante organizaciones pequeñas de subcontratación.			X	
Incrementar el número y horas de equipos de respuesta a crisis de salud mental para que el cumplimiento de la ley no sea la única respuesta. Incrementar los servicios de los Equipos Móviles de Respuesta Psiquiátrica (PMRT) a través de fondos adicionales para que el personal de los PMRT pueda asistir cuando los programas no tienen suficiente personal para salir al terreno.		X	X	
Incrementar el número de especialistas pares de apoyo en las AS.			X	
Fundar e integrar servicios para el consumo de drogas y alcohol para asistir mejor a los clientes con necesidades de servicios de salud mental y abuso de sustancias concurrentes.		X		

Hay una variedad de servicios de salud mental, en varios niveles de asistencia, proporcionados por programas y servicios financiados por la MHSA. Para niños y jóvenes, el LACDMH ya ha tenido una capacitación especializada para incrementar el número de personal clínico capaz de prestar servicios intensivos a niños desde 0 a 5 años. Esto, a su vez, resulta en un incremento en el número de niños asistidos. Para aumentar aún más los servicios para los niños y jóvenes, el LACDMH aportará fondos adicionales para los servicios FSP para niños y así permitirá el suministro de servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (ICC) y de Servicios Intensivos Basados en el Hogar (IHBS) para todos los niños/jóvenes que sean elegibles para la Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT). Este aumento no requiere que los niños/jóvenes estén involucrados con el sistema de bienestar infantil, lo cual era un requisito previamente para recibir los servicios ICC/IHBS. Los servicios prestados a esta población también se expandirán para incluir servicios de centros de atención urgente mediante la nueva configuración del Olive View UCC que incluirá una unidad para niños/adolescentes.

Para proporcionar un incremento de servicios culturalmente apropiados, el LACDMH ha aumentado el número de especialistas pares de apoyo a través de las AS mediante la expansión de Promotores para asistir a todos los grupos culturales y para el desarrollo de la Red de Embajadores Comunitarios (Community Ambassador Network, CAN), con un énfasis especial en afroamericanos, API y poblaciones amerindias. El LACDMH también se está enfocando en servicios adicionales que se centran en la comunidad API a través de varias iniciativas, entre las que se incluyen la incorporación de espacios para los equipos FSP en el AS 3 para poder proporcionar más servicios de salud mental dirigidos para la comunidad API; la apertura de una nueva clínica en Koreatown a finales de año; y la celebración de asambleas regulares con la dirección de A3PCON y los líderes de otras organizaciones API. El LACDMH también implementará un Centro Dirigido por Pares en el Centro de Salud Mental del Noreste el año próximo dirigido a la población hispanohablante. Iniciativas más grandes para abordar la capacidad del servicio para las comunidades culturales incluyen: el apoyo a las organizaciones comunitarias (CBOs) más pequeñas de base para el desarrollo de la capacidad de servicio a la hora de prestar servicios a sus comunidades mediante oportunidades de subcontratación a través de la Academia de Capacitación en Incubación, y mediante el desarrollo de un grupo de trabajo de desigualdades.

Para proporcionar un incremento en la capacidad del LACDMH para ofrecer servicios para crisis de salud mental, el LACDMH está celebrando un contrato con el Departamento de Bomberos de Los Ángeles (Los Ángeles Fire Department, LAFD) para implementar el Programa Piloto de Transporte Terapéutico. Los objetivos de este Proyecto de Innovación 7 son: optimizar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental para las poblaciones marginadas; reducir el uso de los recursos de LAFD y del Departamento de Policía de Los Ángeles (Los Angeles Police Department, LAPD) para responder a emergencias de salud mental; e impulsar asociaciones para desarrollar un enfoque dirigido a la comunidad hacia la mejora de resultados para aquellos individuos que experimentan una emergencia de salud mental. A lo largo del programa piloto de 12 meses, los beneficios de la utilización del transporte terapéutico de LACDMH como un añadido de las operaciones del LAFD se evaluarán por posibles ajustes o expansión del Programa a largo de la ciudad o del condado, como una ventaja alternativa o mejorada para proveer llamadas de emergencia. Este programa operará las 24 horas, los 7 días de la semana. El LACDMH también está examinando los equipos para crisis actuales y explorando las posibilidades de tener servicios las 24 horas, los 7 días de la semana en lugar de 20 horas por día.

2) Necesidad Identificada: Niveles de Asistencia	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Incrementar asociaciones dentro de los sistemas para la salud mental y la asistencia médica para asegurar el acceso a niveles de asistencia apropiados y para ser intermediarios en la prestación de servicios para clientes.	X			
Incrementar servicios integrados mediante la tecnología.	X		X	
Incrementar el número del personal de navegación para ayudar a los clientes a hacer una transición exitosa de un nivel de asistencia a otro. Hacer que el proceso de remisión sea menos extenso y más rápido.	X	X	X	
Crear un sistema de puntuación de nivel agudo para informar los niveles de asistencia.	X	X		
Priorizar clientes que necesitan realizar una transición entre niveles de asistencia dentro de una agencia.	X	X		
Eliminar los programas de intervalos de edad para niños y consumidores TAY para facilitar el movimiento entre programas. Crear un sistema/protocolo mejor para clientes en transición cuando exceden la edad de un sistema previo. Los programas de intervalos de edad inhiben la prestación de servicios.	X			
Asignar clientes al intermediario de asistencia para ayudar en un número de casos de 25-30 clientes para que puedan acceder a los niveles de asistencia apropiados.			X	
Tener un sistema ininterrumpido para la comunicación y transferencias de la comunicación afectuosas.	X	X	X	
Disminuir el tiempo de espera mientras se aguarda un nivel de servicio más alto.		X		
Más manejo de casos, ya sea vía email, llamada telefónica o incluso por mensaje de texto.	X	X		
Asignar UN representante para el usuario para que le aplique un seguimiento a través de todos los niveles de asistencia necesarios... DONDE SEA QUE VAYAN.			X	
Crear políticas y procedimientos de servicio que requieran que el personal deje casos de clientes abiertos hasta que haya habido una transición exitosa a un programa nuevo. El personal no puede cerrar el caso del cliente hasta que no se haya abierto en el programa nuevo.	X			
Financiar FSP y Servicios de Asistencia Ambulatorios (OCS) adicionales en todo el sistema.			X	

Para asegurar que los clientes estén recibiendo el nivel de cuidado más apropiado, es importante que los procesos de navegación, enlace y remisión entre los niveles de asistencia y proveedores de servicios sean colaborativos e ininterrumpidos. Actualmente, hay varias colaboraciones y reubicaciones de servicios existentes entre el LACDMH y el Departamento de Servicios de Salud de Los Ángeles (Los Angeles Department of Health Services, DHS) para proporcionar una variedad de programas y servicios financiados por la MHSA. La capacitación para el personal y los navegadores a través de ambos sistemas se realiza de forma regular en los servicios de remisión y enlace, y se capacita sobre cómo lograr un alcance, participación y transiciones. Se añadió ayuda técnica adicional para los programas FSP con el objetivo de proporcionar asistencia a los clientes que la necesitan en el que en breve será el programa FSP transformado. Así mismo, el LACDMH utiliza la Red de Los Ángeles para Servicios Mejorados (Los Angeles Network for Enhanced Services, LANES), la cual comparte información con otros asociados. El LACDMH explora consistentemente formas adicionales de integrar datos para ayudar a la prestación del servicio de forma ininterrumpida. El LACDMH estableció revisiones de casos adicionales y asambleas del equipo clínico para debatir sobre posibles transiciones de clientes a otros niveles de asistencia e implementó muchos seminarios por internet para proveedores con el objetivo de aumentar la comunicación y asegurar que todos los proveedores estén trabajando en los mismos objetivos, ya que se relaciona con el acceso a la asistencia y con los procesos de remisión y enlace racionalizados.

El LACDMH está monitoreando detenidamente el acceso a la asistencia a través de programas para asegurar la disminución de tiempos de espera, los procesos racionalizados y la capacidad incrementada como parte del proyecto de modernización del centro de llamadas. Además, ha tomado medidas adicionales para llevar a cabo decisiones necesarias relativas a los niveles de atención para clientes individuales, entre las que se incluye la utilización de Intergal en la División de Cuidados Intensivos del LACDMH para informar decisiones relacionadas al nivel de asistencia. Esta herramienta se está explorando para ser utilizada en programas FSP y en OCS. El LACDMH ha actualizado informes para rastrear/monitorear clientes, resultados reelaborados, y está implementando procesos para monitorear mejor el progreso y aportar ayuda en FSP y OCS. Así mismo, está considerando implementar citas previas a las citas pactadas para que los administradores de los casos se reúnan con los clientes antes de cada visita con su psiquiatra.

3) Necesidad Identificada: Viviendas	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Proporcionar más oportunidades de vivir de forma independiente para consumidores aparte de refugios, como, por ejemplo, el Proyecto Room key. Financiar viviendas más asequibles y permanentes para clientes desamparados con servicios de protección. Incrementar servicios de apoyo y los enlaces con viviendas para las personas que viven en las calles. Proporcionar viviendas apropiadas para SPMI	X			
Financiar centros de tratamiento residencial para jóvenes, en este momento esto se limita a Tarzana	X		X	
Financiar camas adicionales para jóvenes en el AS 2			X	
Financiar asistencia residencial a largo plazo e instituciones que proveen comida y cuidado (Board and Care)	X			
Financiar más manejo de casos, servicios de apoyo y servicios de tratamiento en la vivienda. Numerosas llamadas a LHSA y HOPICs siguen sin ser respondidas	X			
Financiar más viviendas en el área Mar Vista (AS 5) para abordar el aumento de personas sin vivienda en campamentos, así como personas sin vivienda agresivas con enfermedades mentales que cometen delitos y consumen drogas. Hay campamentos al lado de 405 fwy, Grand View Bl y Venice Blvd	X			

3) Necesidad Identificada: Viviendas	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Financiar más servicios externos para las personas que no tienen vivienda, junto con más equipos para el manejo de crisis con 1 hora de tiempo de respuesta para sacar todo de la calle. Agregar más servicios por el abuso de sustancias y de salud mental para las personas sin vivienda	X			
Proporcionar financiación adicional para los refugios para incluir la distribución y el traslado de WiFi/zonas con cobertura inalámbrica a lugares donde haya refugios así las familias pueden acceder a estos. Trabajar con LAUSD para distribuir ordenadores portátiles		X		
Financiar la limpieza de refugios alrededor de los campamentos de personas sin vivienda y cerca de estos				X
Unir equipos de salud mental con la policía para lidiar con aquellas personas en las calles que consumen drogas o tienen otras adicciones	X		X	
Proporcionar una lista de proveedores que ofrecen servicios de viviendas. Si el LACDMH tiene una lista de agencias DHS y LAHSA, podemos remitir clientes a servicios de viviendas de manera más fácil		X		
Desarrollar oportunidades de asistencia laboral y ocupacional que sean significativas en viviendas residenciales de asistencia y ayuda a largo plazo para clientes. No es un confinamiento	X			
Asistencia administrada como parte de los servicios en algunos lugares poblados con viviendas transicionales del tipo FEMA centralizadas. Si a las personas enfermas les cuesta viajar a la clínica o ir a ver al médico, ofrecer asistencia en el lugar facilitaría los niveles de asistencia que ellos necesitan. Cuanto más cerca estén de los servicios y seguimientos, mejor. Sin embargo, para ahorrar costos, tiempo y gastos de viaje, los servicios para personas sin hogar deben ubicarse en un lugar centralizado así los servicios no se extienden en todo el lugar y no cuestan más de lo que deberían. Uno o dos campamentos grandes regulados y centralizados para personas sin hogar donde puedan quedarse por un período largo de tiempo en los que haya instalaciones limpias y servicios próximos a ellos	X			
Más trabajadores para los campamentos en todo el Condado de Los Ángeles. Debe haber equipos de emergencia a lo largo de la región y una línea directa, así las personas pueden comunicarse cuando está ocurriendo una crisis de salud mental en su vecindario y, de ese modo, no tienen que llamar a la policía			X	
Exigir viviendas transicionales para aquellos que no tienen refugio				X
Se necesita mayor seguridad en campamentos para personas sin hogar. Enfrentamientos innumerables con personas sin hogar que son mentalmente inestables o tienen adicción a las drogas han provocado que los residentes sientan que corren peligro de recibir amenazas violentas o de ser heridos físicamente. Las personas sin hogar corren peligro de ser atacados cerca de los campamentos que albergan adictos a las drogas y otros que padecen problemas mentales atípicos.				X

El LACDMH proporciona oportunidades para vivir de forma independiente a través de la División de Viviendas, la cual brinda servicios a personas que no tienen hogar a través de su red de programas de Personas sin Hogar FSP. Esta red alcanza a personas que no tienen hogar y las ayuda a obtener una vivienda. El FSP, junto con los Servicios de Manejo de Casos Intensivos (Intensive Case Management Services, IMHC) se ofrecen a consumidores emparejados con los recursos de vivienda del LACDMH. Una vez que los clientes obtienen una vivienda de apoyo, reciben la ayuda de proveedores de IMHC y FSP con sus objetivos de recuperación, entre los que se incluyen aquellos relacionados a la obtención de

un empleo. El LACDMH también ayuda a clientes sin vivienda a garantizar un alojamiento temporal mediante los recursos del Proyecto Room Key (PRK). Así mismo, se ayuda a los clientes con la transición a otra vivienda en la comunidad. LAHSA proporciona financiación para asistir a todas las personas del PRK para garantizarles la obtención de una vivienda permanente. El LACDMH también continúa expandiendo sus recursos de viviendas permanentes al realizar inversiones en el desarrollo capital de viviendas (dedicado a clientes del LACDMH), piscinas subsidiadas para viviendas flexibles, el Programa de Asistencia Residencial Enriquecido (Enriched Residential Care Program, ERC) y también celebra contratos con las Autoridades de Viviendas para obtener subsidios mediante el Artículo 8 y el Programa Shelter Plus Care. Mediante el programa ERC, el LACDMH puede subsidiar el alquiler para clientes que no tienen ingresos que viven en hogares de Board and Care. De la misma forma, el LACDMH puede abonarle una tarifa mejorada a los operadores de Board and Care. A su vez, el Condado está desarrollando un mapa interactivo que incluirá lugares donde hay viviendas permanentes y provisionales. El LACDMH también está implementando MHRLN, que tendrá un mapa interactivo de las instalaciones ERC frente al público. El LACDMH ha trabajado intencionalmente para desarrollar oportunidades de vivienda tanto provisionales como permanentes en cada Área de Servicio para asegurarle accesibilidad a los clientes. Debido a varios factores, tales como la aceptación de la comunidad y la oportunidad, algunas áreas tienen más viviendas que otras, pero el LACDMH continuará buscando ocasiones para el desembolso geográfico de viviendas en todos los lugares del Condado.

Los Equipos HOME del LACDMH proporcionan alcance comunitario en las calles y los servicios para campamentos de personas sin vivienda. Muchas áreas que experimentan problemas de salud pública y de seguridad a causa de los campamentos crecientes, tales como el AS 5, reciben un alcance regular, así como iniciativas de participación llevadas a cabo por el Equipo HOME. Mientras que a la limpieza de los campamentos la administra en gran parte el Centro Unificado de Respuesta para Personas Sin Hogar de la Ciudad de Los Ángeles junto con otros departamentos importantes de la Ciudad y el Condado (por ejemplo, servicios para animales, obras públicas, etc), HOME lleva a cabo actividades de alcance comunitario en colaboración con los equipos multidisciplinarios financiados por DHS y los Equipos de Participación para Personas sin Hogar de LAHSA para identificar, remitir y enlazar clientes con servicios integrados, según corresponda. Los servicios prestados mediante el modelo de Respuesta de los Equipos de Orden Público se utilizan para responder a llamadas al 911 en los campamentos o cerca de estos para ayudar al individuo que llega a conocimiento de los oficiales de policía, pero necesita servicios de salud mental. A medida que los clientes se enlazan a los servicios, el LACDMH continúa explorando oportunidades y recursos para viviendas adecuadas a través de las AS mediante la utilización del Primer Modelo de Viviendas. En todo el Condado de Los Ángeles los costos de vivienda varían, lo cual, en algunos casos, genera que en algunas áreas haya más recursos de viviendas disponibles que en otras.

El acceso a la tecnología e internet es importante, dado que múltiples recursos disponibles para los clientes se pueden consultar en línea. El LACDMH está realizando encuestas para sus proveedores de Viviendas Provisionales para determinar qué lugares tienen acceso a WiFi para los clientes que están allí alojados, y explorará cómo prestarles este servicio a todos ellos. Algunos de los proveedores de viviendas están en el sitio web del LACDMH bajo del título Recursos de Vivienda. El LACDMH está a favor de que el cliente pueda elegir y de la Vivienda Primero. No hay certeza de cómo el LACDMH abordará el tema de la necesidad de "seguridad". HOME realiza actividades de alcance comunitario en campamentos como parte una estrategia de mayor alcance coordinada en todo el condado.

4) Necesidad Identificada: Información	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Proporcionar información sobre aquellos con discapacidades físicas o que son parte de la comunidad LGBTQ.				X
Proporcionar información sobre la población indigente (no está claro si ya está considerada bajo la Población Latina o Nativo Americana), es preferible que tengan su propia categoría.				X
Proporcionar información sobre el desglose de orígenes étnicos para Niños FSP.	X			

4) Necesidad Identificada: Información	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Proporcionar información específica para identificar Nativos Americanos (ejemplo: identificado principalmente o identificado culturalmente como Nativo americano), La categoría Nativo Americano necesita evaluación.	X			X
Proporcionar un desglose de orígenes étnicos dentro de la categoría de la edad (lo mismo para la Información PEI).	X			
Proporcionar información sobre las poblaciones que hablan coreano.	X			X
Proporcionar información para documentar de manera segura o rastrear las necesidades de la población indocumentada, distinguir la información entre asegurados y no asegurados.				X
Proporcionar información de la población que recibe planes de salud.				X
Proporcionar información sobre poblaciones negras, por ejemplo, Afroamericanos, otros negros americanos u otras culturas.	X		X	
Proporcionar información sobre asistencia administrada (Medi-Cal/ Medi-Care) para ser más precisos en la financiación.				X
Proporcionar toda la información en porcentajes y no solo números.	X			
Proporcionar información sobre informes que están siendo actualizados (por ejemplo, programas que están mejorando, alcance de objetivos, calidad de la asistencia, clientes accediendo a servicios, por qué, por qué no, y clientes que ya no utilizan el servicio).			X	
Centralizar la recopilación de datos y hacer que esta unidad centralizada resuelva los problemas como es necesario.	X			
Recopilar datos sobre el incremento de servicios para la población AI/AN ya que los grupos UsCC quieren ver si las actividades (por ejemplo, conferencias, alcance comunitario, PSAs) son exitosas.	X			
Necesidad de incorporar información sobre aquellas personas que padecen discapacidades físicas y aquellos que padecen sordera y se comunican con lenguaje de signos. La carencia de servicios y agencias para los sordos o que tienen dificultades para oír que actúan en conformidad con la Ley para estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) es problemática.			X	

Durante la fase inicial de la participación, el LACDMH proporcionó información sobre desigualdades por AS y sobre la población étnica para clientes únicos a quienes se les prestó servicios mediante programas y servicios de MHSA, entre los que se incluyen idiomas prominentes en todas las AS. Además de la información proporcionada, el LACDMH puede informar sobre tasas de penetración para los beneficiarios de Medi-Cal. El LACDMH está trabajando para desarrollar un tablero en curso para tomar decisiones fundamentadas de datos sobre la planificación y prestación del servicio. Esto incluye la recopilación de datos y/o identificación de recursos del servicio para aquellos que lo requieran. El LACDMH necesitará hacer hincapié en la recopilación de datos y/o identificación de recursos del servicio para aquellos que soliciten prestaciones conforme a la ADA y/o servicios para poblaciones sordas y con dificultad para oír.

5) Necesidad Identificada: Financiamiento para Servicios de Salud Mental Indirectos	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Incrementar los fondos WET con un enfoque en la tecnología para aumentar la plantilla laboral de terapeutas y adquirir tecnología para CBOs que se utilizará para comprar equipos que los usuarios pueden pedir prestados para acceder a servicios de salud mental/telesalud.	X		X	

5) Necesidad Identificada: Financiamiento para Servicios de Salud Mental Indirectos	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Emplear el presupuesto que se asignó para construir comunidad, mostrar que todos los voluntarios son apreciados a través de estipendios.	X			
Comenzar a compensar económicamente a los representantes que son independientes del LACDMH para ayudar. Especialmente, aquellos que fueron entrenados por la PRPSN, y ofrecerles un salario por hora para que trabajen con personas a las que pueden ayudar hasta que obtengan la asistencia del proveedor de servicios correcto.	X			
Financiar a un representante del estado de California que ejercerá presión para que los fondos de MHSa se utilicen para tratar/dar vivienda/intervenir a favor de aquellos que tienen enfermedades mentales graves. Asistir a la comunidad con enfermedades mentales graves (SMI) mediante intervenciones lo más rápido posible.			X	

El LACDMH mejoró sus aptitudes de telesalud dentro de la plantilla laboral existente y, a medida que se contratan nuevos empleados, el personal aumenta y continúa explorando actividades y programas de telesalud que están siendo ofrecidos actualmente a través de CBO's. Así mismo, tendrá en consideración necesidades adicionales para expandir esta aptitud. El LACDMH aprecia y valora el apoyo y experiencia de los voluntarios. Ejemplos de programas de estipendios para voluntarios actuales incluyen el Wellness Outreach Workers (WOW) y el Service Extender. Estos programas apoyan el bienestar del cliente, mientras que también les brindan la oportunidad a los voluntarios de potenciar su experiencia y habilidades para que se asocien con aquellos que están aislados o vulnerables. Además, el LACDMH implementó un Programa de Promotores sólido que permitirá la contratación de representantes con y sin experiencia propia como empleados del Condado con el objetivo de brindar servicios de enlace, capacitación y alcance y participación comunitarios. Así mismo, el LACDMH tiene programas de estipendio para voluntarios para potenciar su experiencia y habilidades y asociarse con aquellos que pueden estar buscando el proveedor de servicios correcto.

6) Necesidad Identificada: Capacitación	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Proporcionar capacitación para grupos subrepresentados para aprender a utilizar Teams/Zoom	X		X	
Proporcionar capacitación para proveedores de servicios para niños en pruebas para distinguir entre discapacidades del aprendizaje y diagnósticos de trastornos emocionales graves.				X
Proporcionar capacitación adicional para proveedores de servicios en el AS 2 sobre la prestación de los servicios apropiados para adultos mayores.			X	
Proporcionar capacitación adicional para el personal sobre trastornos coexistentes.		X		
Proporcionar capacitación para el personal sobre la prestación de servicios para individuos con discapacidades intelectuales o de desarrollo en lugar de etiquetarlos como una población desatendida y no ofrecerles servicios.		X		
Proporcionar capacitación básica para clientes sobre cómo utilizar aparatos electrónicos y cómo registrarse o incluso enviar un correo electrónico.		X		

El LACDMH explora de manera constante cómo ayudar en relación a las necesidades de capacitación del sistema que pueden respaldarse de manera apropiada con los recursos y financiación de MHSA. Como resultado de la pandemia del COVID-19, muchas plataformas presenciales cambiaron a entornos virtuales. Al utilizar Equipos de Microsoft, el LACDMH pudo mejorar la infraestructura existente para mantener las operaciones, tales como reuniones comunitarias, mientras que también creó la oportunidad de alcanzar una audiencia más amplia. Otras capacitaciones que el LACDMH continúa explorando para respaldar los fondos de MHSA incluyen la capacitación para asistir a adultos mayores y el desarrollo de habilidades de los médicos para asistir a clientes con trastornos coexistentes.

7) Necesidad Identificada: Medidas de seguridad/ Impacto del COVID-19	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Necesidad creciente de servicios de salud mental debido al estrés por cambios, pérdidas, estrés, disminución al acceso de servicios necesarios, insuficiencia de alimentos, aislamiento social, necesidades familiares, desempleo, necesidades relacionadas al cuidado infantil, pérdida de familia y duelo causados por el COVID.	X			
Proporcionar lugares donde se puedan realizar pruebas de detección de COVID-19 que satisfagan a nuestros clientes SMI.				X
Garantizar que haya equipos de protección personal para clientes cuando se les estén prestando servicios presenciales.	X			
El COVID-19 ha limitado los servicios de administración de casos debido al cierre de muchas oficinas públicas, y solo ha hecho que la carencia servicios sea más aparente – Hizo más graves las necesidades insatisfechas en esta área, aumentó las necesidades y la falta de equidad en comunidades con pocos recursos – Acusó las desigualdades con respecto al acceso a la tecnología y los recursos médicos (incapacidad de acceder a la telesalud médica si hay acceso tecnológico, centros médicos con demoras o citas reprogramadas) – El alcance comunitario es mucho más difícil. Es posible que las personas sin vivienda no tengan la tecnología para programar citas por zoom.			X	X
Lo que se está haciendo para abordar la amenaza de contagio no lo está haciendo la población de personas sin vivienda. Normalmente, no utilizan mascarillas ni siguen ninguna de las directivas de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades para el distanciamiento social. Por lo tanto, el COVID-19 solo aumenta los riesgos para la salud suscitado por las personas sin vivienda. Muchos más no respetan los códigos sanitarios y no tienen reparo al defecar al lado de propiedad privada. ¡Eso de por sí es una situación de alto riesgo de contagio al que residentes como yo estamos expuestos REPETIDAMENTE! Las personas sin vivienda deben vivir con problemas de seguridad y amenazas a la salud solo por la defecación y los desechos de agujas utilizadas. Con el COVID-19 las cosas sobrepasaron el nivel de tolerancia con respecto a los riesgos sanitarios que se les presentan a los residentes que viven inmediatamente al lado de los 405 campamentos.	X			
Hoy más que nunca hay más hombres y mujeres sin vivienda que caminan en las calles. Se puede ver a usuarios recién salidos de la cárcel que necesitan atención de salud mental de emergencia.	X			X
El aumento de consumo de sustancias y el aislamiento da lugar a que haya enfermedades mentales graves y problemas en las relaciones.	X			X
Restricciones más severas para los proveedores de servicios por protocolos de seguridad. Ejemplo: no se permite llevar en auto a los clientes a las citas. Por lo tanto, los clientes están forzados a utilizar más el transporte público y corren un mayor riesgo/exposición.	X			

7) Necesidad Identificada: Medidas de seguridad/ Impacto del COVID-19	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Hay una interrupción virtual de admisiones en instalaciones de psiquiatría aguda y en instalaciones psiquiátricas a largo plazo.	X			
“Quédate en casa” ha agravado los problemas mentales para muchos. La mayoría son personas que experimentan deterioro/retraso del desarrollo o cognitivo. Es injusto que estos sean los individuos que continúan siendo excluidos del acceso a servicios apropiados y muy necesarios.	X			
Deben centrarse en programas y en un alcance comunitario que se enfoque en las necesidades básicas de los miembros de la comunidad para reducir los factores de riesgo y los factores estresantes que conducen a servicios de salud mental completos. Los miembros de la comunidad deberían poder tener una forma más fácil de ver la página web para conseguir la información necesaria.	X			
Dirigirse a las comunidades de color que experimentan desigualdades relacionadas al COVID-19 y proporcionar servicios a corto plazo para lidiar con factores estresantes, llevar a cabo evaluaciones, ofrecer educación y alcance comunitario y enlazar a miembros de la comunidad con recursos importantes.	X			X
Se necesita mayor acceso a los servicios de salud mental/apoyo de compañeros, y al transporte para dirigirse a los servicios durante el COVID-19.	X			

El LACDMH ha tomado numerosas medidas para proporcionar servicios adicionales y apoya a los individuos y comunidades necesitados durante la pandemia reciente del COVID-19 para reforzar el bienestar de nuestros residentes y comunidades del Condado. La pérdida o pérdida potencial de la salud y bienestar físico/mental, de seres queridos y amigos y de la seguridad económica/de la vivienda junto con las noticias y actualizaciones constantes sobre el COVID-19 desencadenó ansiedad, pánico, frustración y depresión generalizada– incluso cuando el riesgo de que un individuo se enfermara era bajo. Durante este tiempo de brote de la enfermedad, el LACDMH proporcionó ayuda en la asistencia de individuos y comunidades para cuidar su salud física y mental y, además, adoptó medidas para ponerse en contacto con aquellos que necesitaban ser conectados o reconectados con los servicios a través de visitas presenciales con distancia social, llamadas telefónicas y medios virtuales.

Así mismo, el LACDMH proporcionó equipos y otros recursos para ayudar a individuos y comunidades a mantenerse seguros y sanos durante la pandemia. La ayuda que brindó el DHM incluye: ofrecer equipos de protección personal (PPE) para todas las clínicas y médicos quincenalmente para utilizar y ofrecerle a los clientes al momento de prestar servicios presenciales. Para los clientes que no iban a clínicas tradicionales de salud mental o que accedían a ayuda y servicios en línea/por teléfono a través de la línea de ayuda del LACDMH, el LACDMH, mediante sus equipos de alcance comunitario callejeros, distribuía de forma rutinaria PPE durante el alcance comunitario. Los equipos también ofrecían información sobre los síntomas del COVID-19, el aislamiento y los lugares para realizar la cuarentena. El LACDMH también dispuso que los empleados sean trabajadores de servicio para catástrofes en lugares por todo el Condado en colaboración con la salud pública y el CEO para ayudar con la coordinación de iniciativas a lo largo del condado, con el objetivo de hacer frente a las necesidades individuales y comunitarias. Además, el LACDMH otorgó educación, recursos e información de contacto para servicios adicionales, y también apoya de manera adecuada a los individuos de todas las comunidades de Los Ángeles y de todos los rangos de edades en su sitio web abierto al público: <https://dmh.lacounty.gov/covid-19-information>. Para abordar las desigualdades raciales, el LACDMH formó parte del Proyecto de Progreso, en el cual se identificaron 30 ciudades que realmente fueron afectadas por la pandemia, donde las desigualdades ya eran un asunto subyacente. El LACDMH está trabajando estrechamente con estas ciudades a través la ayuda de Innovations 2 de MHSa y la recientemente desarrollada Red de Embajadores Comunitarios (Community Ambassador Network, CAN).

8) Necesidad Identificada: Equidad Social	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Abordar las confluencias de raza, género y clase que produjo que muchos de estos individuos estén en la calle	X		X	X
Proporcionar asistencia integrada y educación a comunidades de color	X		X	
Hacer que los servicios estén disponibles para todos sin importar la situación financiera. Hacer que se sepa ampliamente que estos servicios están disponibles, que no se pueda negar que existen para ayudar a personas necesitadas	X			
Los empleados de LACDMH necesitan capacitación en el área de Trauma ya que los empleados que apoyan al LACDMH son aquellos que traumatizan a otros con sus propias acciones y así, por lo tanto, son hostiles con aquellos que se ofrecen como voluntarios y dan de sí mismos. Eso genera falta de confianza y cooperación	X		X	
Desarrollar un equipo de equidad social y compartir información con la comunidad sobre el resultado de las necesidades de evaluación, los recursos que se implementarán, la capacitación que se le brindará a la comunidad y a LACDMH, y los objetivos estratégicos y el plan para abordar los problemas de equidad	X		X	
Asegurarse de que el personal sea diverso y que habla distintos idiomas	X			
Los programas pueden asegurar flexibilidad de horarios para las personas que trabajan, y una política de cancelación más clara debido a que se solicita que muchas personas estén disponibles para realizar trabajos ocasionales y ocupar puestos de llamadas (las personas no pueden seguir un cronograma típico de una vez por semana todas las semanas, el mismo día/ a la misma hora debido a la incertidumbre económica). Debe haber más alcance comunitario para entender cada necesidad de los vecindarios y adaptar los fondos a esas necesidades. Una solución no es aplicable para todas las personas. Pueden promover una modalidad de asistencia para una persona en su totalidad, así nadie ignora los sistemas opresores económicos y raciales, entre otros. Estos afectan el cuidado de una persona (el bienestar incluye lo mental y lo emocional, no solo lo físico. Todos tenemos que trabajar en conjunto para ayudar a los miembros de nuestra comunidad). Debe haber discusiones sobre los efectos del racismo y su impacto en el bienestar, así como discusiones de las cosas que reducen la confianza cuando se ingresa a un programa asociado con un "sistema".	X			
Examinar y abordar los "determinantes sociales", tales como varios factores estresantes que afectan de manera desproporcional a los miembros de la comunidad BIPOC. Revisar, mejorar y cambiar, donde sea necesario, la disponibilidad, las prácticas y el personal para satisfacer las necesidades de estas comunidades. Abordar el cambio progresivo desde la recopilación de datos hasta los cambios en las políticas.	X			
Más ayudas económicas para la población.	X			
A través de la educación y las actividades de alcance comunitario se ayudaría a disminuir el estigma asociado con la búsqueda de servicios de salud mental, y aumentaría el número de individuos que buscan servicios.	X			
Si nos esforzamos y somos portavoces de las personas que no tienen voz, podremos hacer la diferencia para alcanzar la equidad social.	X		X	

8) Necesidad Identificada: Equidad Social	Existente	Pendiente	Futura	Otro
Evaluar las necesidades de todos los miembros de la comunidad asegurados/no asegurados o documentados/indocumentados. Los programas pueden desarrollar maneras seguras de compartir esta información con el condado para garantizar que se satisfagan las necesidades de toda la comunidad, y no solo las de algunos.	X		X	
Reconocimiento explícito de los daños de la desigualdad sobre la salud mental y física.	X			
Más difusión de información y suministro de un espacio seguro para analizar más problemas.	X			
Participación en actividades de alcance comunitario y educación para todas las culturas.	X			
Capacitación continua. Exigirle a todo el personal (administradores, médicos, supervisores, personal en línea) que asistan a ello.	X		X	

El LACDMH continuó y aumentó sus esfuerzos para abordar problemas de equidad social. Mientras que el LACDMH atiende a todos los usuarios que lo necesitan independientemente de su capacidad de pagar, tuvo que realizar esfuerzos muy intencionales para abordar las desigualdades relacionadas con la equidad social o la carencia de esta. Para hacer frente a cuestiones de equidad racial en la división de servicio, el LACDMH sigue esforzándose y garantiza que los servicios estén en el idioma de preferencia del cliente y, además, hay personal que puede proporcionar asistencia de salud mental con una comprensión de las competencias culturales y del lenguaje que el cliente necesita. Además de las mejoras continuas en las competencias culturales y en la idoneidad, el LACDMH está trabajando en colaboración con otros departamentos del Condado, especialmente con la Oficina del Director General en el desarrollo e implementación de grupos de trabajo y estrategias sobre la justicia social. El LACDMH es un participante activo en la Iniciativa de Antiracismo, Diversidad e Inclusión del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Anti-Racism, Diversity and Inclusion Initiative, ARDI), cuyo cometido es luchar contra el racismo en todas sus dimensiones, especialmente contra el racismo que afecta de forma sistémica y sistemática a los residentes negros en el Condado. El LACDMH también organizó las Comunidades de Aprendizaje Activo (Active Learning Communities, ALC), que identificó varias acciones necesarias para abordar asuntos que generaban problemas de equidad para las comunidades BIPOC. Las organizaciones comunitarias que pueden prestar servicios culturalmente consistentes con sus comunidades también recibieron ayuda a través de fondos de MHSA PEI para desarrollar capacidad e infraestructura de servicio con el objetivo de ser parte de la Red de Proveedores de LACDMH.

El LACDMH llevó a cabo dos sesiones de presentación e información para el CLT en las cuales se recopilaron comentarios y sugerencias. El 5 de marzo de 2021 se presentó un resumen del Plan. Algunos comentarios y opiniones generales fueron compartidas por este grupo entre las que se incluyen las siguientes citas:

- “Esta es una oportunidad maravillosa de colaborar y aprender juntos”. Wendy C.
- “Sí, realmente se centra en las desigualdades y también está en línea con los criterios del plan de competencia cultural de DMH, la capacitación, tener una plantilla laboral diversa, el idioma. Hay muchos ingredientes ahí...” Andrew P.
- “Excelente. Muy educacional y buen seguimiento”. Rick P.
- “Este fue un gran diálogo”. Claudia
- “Me siento informada”. La Vonda

D. Desigualdades

Al comparar las distribuciones étnicas y raciales de los afiliados en Medi-Cal en el Condado de Los Ángeles con las distribuciones étnicas y raciales de aquellos que reciben servicios de salud mental directos dentro del Condado de Los Ángeles, surgen tendencias que deben abordarse. Específicamente, tanto los grupos de Latinos como los de Isleños Asiáticos/del Pacífico (API) han recibido de manera proporcional menos servicios de salud mental que los que su representación como afiliados de Medi-Cal indicaría. Ver la tabla a continuación.

Tabla 7. Afiliados y beneficiarios de Medi-Cal asistidos en el año calendario (AC) 2018 por raza/etnia

Raza/Etnia	Afiliados de Medi-Cal Promedio Mensuales No Duplicados	Porcentaje de Afiliados	Beneficiarios del Condado Anuales No Duplicados Asistidos	Porcentaje de Asistidos
Blancos	514.888	13,0%	32.635	15,5%
Latinos/Hispánicos	2.320.000	58,6%	108.093	51,4%
Afroamericanos	390.371	9,9%	37.455	17,8%
Isleños Asiáticos/del Pacífico (API)	377.714	9,5%	9.422	4,5%
Nativos Americanos	5.042	0,1%	522	0,2%
Otra	356.845	9,0%	22.210	10,6%
Total	3.960.000	100%	210.337	100%

El total de Afiliados de Medi-Cal Promedio Mensuales No Duplicados no es una suma directa de los promedios debajo de este. Los promedios se calculan de forma independiente. Los datos representan todo el Condado de Los Ángeles y no son específicos de MHSA.

Al comparar la Organización de Revisión de Calidad Externa (External Quality Review Organization EQRO) del año natural de 2015 hasta el 2019, Medi-Cal afirma que tanto las poblaciones Latinas como las API en el Condado de Los Ángeles son sistemáticamente desatendidas en relación con su porcentaje como afiliados de Medi-Cal. La siguiente tabla ilustra esta tendencia.

Tabla 8. Porcentaje de las poblaciones Latinas y API afiliadas que reciben servicios

Raza Etnia	AC 2015		AC 2016		AC 2017		AC 2018		AC 2019	
	Afiliados	Porcentaje de Asistidos	Afiliados	Asistidos	Afiliados	Asistidos	Afiliados	Asistidos	Afiliados	Asistidos
Latinos	60,2%	45,7%	57,5%	46,9%	58,2%	46,4%	58,6%	51,4%	59,1%	53,1%
API	8,5%	4,3%	9,7%	4,6%	9,5%	4,1%	9,5%	4,5%	9,6%	4,3%

Esta tendencia se extiende a nivel estatal, más allá del Condado de Los Ángeles. Los datos de los Conceptos de Salud de Comportamiento de la EQRO del AC 2018 indican que mientras el porcentaje de afiliados de Medi-Cal a nivel estatal para las poblaciones API y Latinas respectivamente es del 9,91% y 50,28%, solo el 4,78% de beneficiarios API y 40,73% de beneficiarios Latinos recibieron uno o más servicios de salud mental (Presentación de Informe Anual MHP de EQRO, California, AC 2019-20, 5 de marzo de 2021).

Finalmente, un informe emitido por la Fundación de Atención Médica de California estableció que en el Año Fiscal 2017-18, las poblaciones API y Latinas asistidas mediante Planes de Salud Mental del Condado, en comparación con otras poblaciones raciales y étnicas, tuvieron las tasas de participación continuas más bajas, como se definió al recibir 5 o más servicios de salud mental en un año (Desigualdades en la Salud Mental por Raza y Etnia para Adultos en Medi-Cal, noviembre de 2020, Fundación de Atención Médica de California).

Acciones propuestas para abordar las desigualdades raciales/étnicas de la atención de salud mental

Basándose en los comentarios y sugerencias de los grupos UcCC, el LACDMH revisará los datos que recopila para intentar capturar exhaustivamente el estado racial, étnico, cultural y de discapacidad, y así identificar de forma más precisa a quiénes les estamos prestando servicios de

salud mental. El LACDMH se comprometió a participar en una colaboración de aprendizaje de múltiples condados, informado por el trabajo excepcional del Condado de Solano, y compuesta por capacitación de la Universidad de California, El Centro Davis para Reducir Desigualdades al aplicar los Estándares Cultural y Lingüísticamente Apropriados (Culturally and Linguistically Appropriate Standards, CLAS) en poblaciones que especificamos, y para utilizar enfoques de mejora de calidad para reducir desigualdades. Nuestra participación está supeditada a la aprobación del trabajo con UC Davis por parte de MHSOAC. El LACDMH valora esta oportunidad como un vehículo para el comienzo de iniciativas para la reducción de desigualdades.

Mientras tanto, hay iniciativas tanto actuales como planificadas dentro de los programas y servicios individuales MHSOAC para abordar desigualdades.

▪ **Asociación de servicio completo**

- Proporcionar capacitaciones y ayuda para trabajar con diversas poblaciones con un enfoque particular en la comunidad API.
- Trabajar con la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) y se espera que API y otras comunidades desarrollen mejores prácticas.
- Añadir equipos API FSP adicionales en Áreas de Servicio (AS) 3, 4 y 8
- Incrementar el uso de datos sobre desigualdades en todo el sistema de LACDMH, así como el nivel local de las AS, informar y adaptar los servicios FSP para diversas poblaciones.

▪ **Servicios de Asistencia Ambulatorios**

- Establecer una nueva clínica en Koreatown.
- Desarrollar una red de telesalud en todas las AS para brindar aptitud del idioma y competencia cultural, comenzando con una API piloto.

▪ **Programas y Servicios de Vivienda**

El LACDMH administra varios recursos de vivienda que están dedicados a individuos que no tienen alojamiento definido y padecen una enfermedad mental grave. La tabla a continuación representa a los individuos que viven en unidades que están incluidas en la cartera de Viviendas de Apoyo Permanentes y compara su raza y etnia con el Cómputo de Personas sin Vivienda de Los Ángeles del 2020 y la población total del Condado de Los Ángeles. Los datos parecen indicar que hay una sobrerrepresentación de las poblaciones de color/afroamericanas y blancas y una infrarrepresentación de la población hispana/latina. Sin embargo, hay matices en los datos que son desconocidas, tales como el porcentaje de individuos dentro de un grupo racial o étnico que padecen enfermedades mentales graves y los niveles de vulnerabilidad de aquellos en cada grupo que incidiría en quién coincide con PSH.

El LACDMH está participando en una labor en todo el sistema para investigar y abordar desigualdades en servicios para personas desamparadas y viviendas para:

- Responder a las recomendaciones de la Autoridad de Servicios para Personas sin Vivienda de Los Ángeles (Los Angeles Homeless Services Authority, LAHSA) y del Comité Ad Hoc sobre Personas de Color que Experimentan el Desamparo;
- Colaborar con el Laboratorio de Políticas de California para evaluar diferencias en antecedentes del servicio y resultados de la vivienda entre los distintos grupos raciales y étnicos; y
- Enfocarse en identificar y abordar prejuicios de la Herramienta de Vulnerabilidad del Sistema Coordinado de Entrada (Coordinated Entry System, CES) y emparejar a esos individuos que no tienen vivienda y tienen una vulnerabilidad alta para recursos de vivienda disponibles.

Tabla 9. Grupos étnicos alojados actualmente en las unidades PSH del LACDMH desde el 31 de diciembre de 2020

Raza/Etnia	Total	Porcentaje de la Cartera PSH DMH	Porcentaje del Cómputo de Personas sin Vivienda del Condado de Los Ángeles	Porcentaje de la Población Total del Condado de Los Ángeles
Indio Americano	59	1,6%	1,1%	0,2%
Asiático	57	1,5%	1,2%	14,4%
Negro o Afroamericano	1.832	48,9%	33,7%	7,9%
Hispánico o Latino	394	10,5%	36,1%	48,5%
Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	14	0,4%	0,3%	0,2%
Blanco	1.124	30,0%	25,5%	26,3%
Multirracial/Otro	54	1,4%	2,1%	2,5%
Desconocido	211	5,6%	0,0%	0,0%
Total General	3.745	100,0%	100,0%	100,0%

▪ **Prevención e Intervención Temprana**

- Mapa de Lugares de Prioridad del COVID-19

La pandemia ha infligido un daño particularmente cruel a las comunidades BIPOC. Hubo datos desproporcionados de contagios, hospitalizaciones y muertes en el Condado. Las comunidades BIPOC también han soportado la carga de la recesión económica causada por la pandemia. Para adaptar mejor nuestra respuesta sobre el COVID-19 para estas comunidades especialmente afectadas por la pandemia, el LACDMH trabajó en conjunto con la UCLA en la Asociación Pública para el Bienestar (Public Partnership for Wellbeing, PPFW) para crear un Mapa de Lugares de Prioridad del COVID-19.

Utilizar datos y el índice reflejados en el Proyecto de Progreso, que se enfoca en la intersección de los promedios más altos de semana tras semana en casos de COVID-19 y comunidades con poblaciones vulnerables y de alto riesgo (definidos como individuos que viven 200% bajo el nivel de pobreza federal y de composición racial). Hay 30 comunidades en todo el Condado de Los Ángeles que se identificaron como de máximo riesgo para resultados adversos del COVID-19. Al utilizar esa información, el LACDMH se enfocó en el desarrollo de la nueva Red de Embajadores Comunitarios para contratar personas de esas comunidades y brindarles recursos. El LACDMH continuará utilizando el Mapa de Lugares de Prioridad del COVID-19 y otras fuentes para informar nuestra estrategia de recuperación del COVID-19.

- Red de Embajadores Comunitarios (CAN)

Los Embajadores Comunitarios son miembros confiables de la comunidad que reciben capacitación y son contratados como trabajadores de la Salud Mental. Los embajadores ayudan a promover comunidades sanas y racialmente equitativas al empoderar a otros, generar conciencia y movilizar el cambio mientras infunde fondos y empleos muy necesarios en nuestras poblaciones más desfavorecidas.

CAN se enfoca en aquellas comunidades que han sido afectadas de manera desproporcional por la pandemia, el racismo sistémico, la violencia policial y el descontento civil consiguiente, o que son marginadas de alguna otra forma. El LACDMH lanzó CAN al impulsar la red existente de organizaciones basadas en la comunidad de confianza que actualmente están implementando el Proyecto Innovación 2- Desarrollo de Comunidades Resilientes que Atravesaron un Trauma a través del proyecto de Desarrollo de Capacidad (INN 2). Al reutilizar los fondos no utilizados de INN 2, los proveedores existentes pudieron crear 197 puestos de Embajadores Comunitarios.

E. Revisión Pública del Plan y Proceso de Aprobación

El proyecto del Plan de Tres Años para los años fiscales 2021-22 hasta 2023-24 se completó y se publicó en el sitio web de LACDMH el 19 de marzo de 2020 para una revisión de 30 días por el público. El LACDMH presentará el proyecto de Plan en la Audiencia Pública virtual el 22 de abril de 2021. Al cierre de este período de revisión pública, el LACDMH habrá respondido a todos los comentarios públicos fundamentales para finalizar el Plan y entregarlo a la Junta de Supervisores para su aprobación en junio. El Plan aprobado será presentado ante la Comisión de Rendición de Cuentas y Supervisión de los Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC) como el último paso para implementar el Plan vigente a partir del 1 de julio de 2021.

se requiera

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO

La demanda de servicios críticos de salud mental es mucho mayor ahora, un año después del brote de COVID-19. En los últimos 12 meses, las personas se han enfrentado a un aumento de los niveles de estrés y han luchado por hacer frente a todos los aspectos de la pandemia: aislamiento e interacción humana limitada debido a las restricciones para las reuniones sociales; pérdida de ingresos o del hogar; miedo a contraer el virus; y la pérdida de seres queridos por el virus. Si bien el COVID-19 provocó importantes interrupciones en los servicios presenciales, para el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) fue fundamental adaptarse rápidamente para superar estos desafíos, como implementar el uso de la telepsiquiatría en una escala mucho mayor para mantener los servicios esenciales de salud mental.

El impacto económico significativo de la pandemia se destacó al comienzo de este Plan, por lo que esta sección captura el impacto en los programas y servicios de salud mental, así como en el acceso a la atención. Ha sido una etapa cada vez más desafiante para nuestros programas LACDMH, ya que las preocupaciones del personal, los clientes y la comunidad sobre el COVID-19 se han intensificado con cada día que transcurre. En respuesta a las necesidades cambiantes de nuestro sistema de atención, la comunidad de LACDMH se unió para acercarse y apoyarse mutuamente: personal, clientes y comunidades. Juntos, hemos podido enfrentar los desafíos y seguir esforzándonos para cuidar a los más vulnerables, las comunidades en las que residen y el personal que ha brindado atención durante esta pandemia. Hemos aprendido a través de esta experiencia que tenemos más capacidad para ser flexibles y receptivos de lo que antes creíamos posible, y mantenemos la esperanza de poder salir de esta crisis como una comunidad de atención más fuerte.

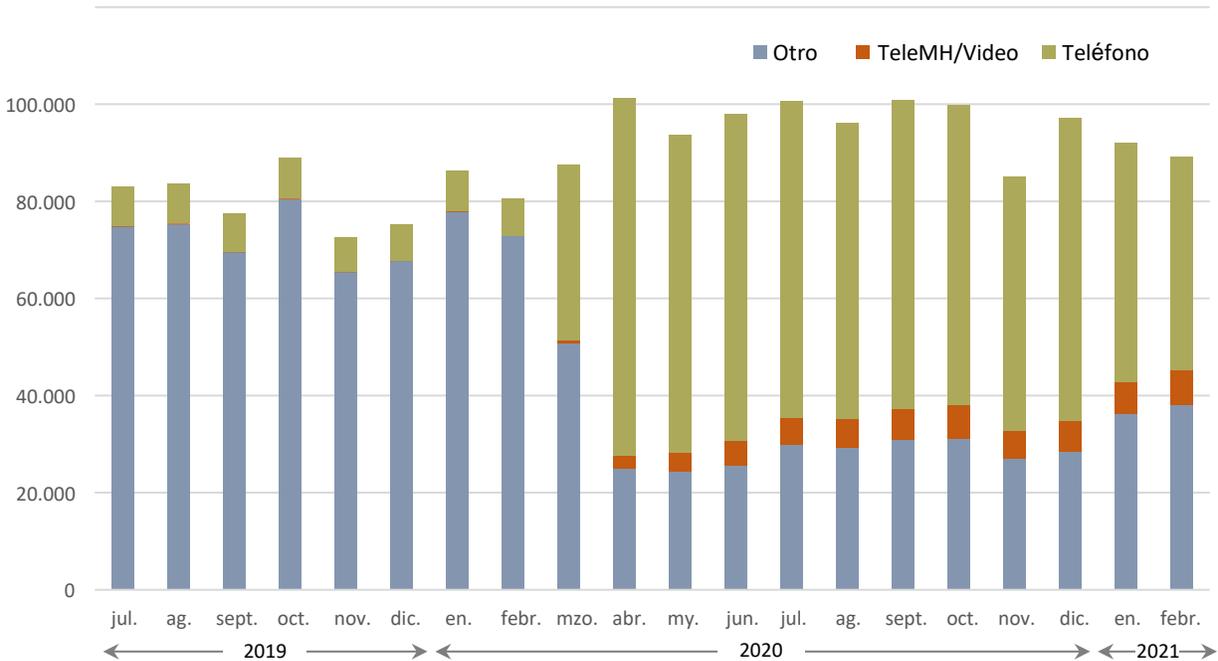
A medida que avanzamos, incluso a la vista de la experiencia adquirida y el progreso en el frente del COVID-19, siguen existiendo desafíos: la capacidad de financiación limitada junto con una creciente demanda de servicios de salud mental; mantener una plantilla de trabajadores frente a enfermedades, problemas de cuidado infantil, y satisfacer las demandas de los despliegues de emergencia; tratar con recursos comunitarios cada vez más limitados y colaborar eficazmente con los recursos de la comunidad en el ámbito virtual; y también poder satisfacer las necesidades tecnológicas de los clientes para así incrementar la capacidad de telesalud.

Servicios de atención ambulatoria

En respuesta a la pandemia de COVID-19, LACDMH realizó modificaciones inmediatas a las operaciones clínicas estándar para reducir el riesgo, apoyar a nuestro personal y mantener la salud y seguridad de nuestros clientes, personal y comunidades. Para reducir el riesgo, uno de los primeros pasos que se tomaron fue reducir nuestra presencia en los programas de LACDMH. Hicimos la transición de la mayor parte de nuestro personal al teletrabajo y proporcionamos la mayoría de los servicios a través de telesalud. Mantuvimos los servicios presenciales para las necesidades esenciales/urgentes/emergentes (por ejemplo: poblaciones vulnerables, crisis, clientes de PSF, evaluaciones 5150, clientes sin acceso a la tecnología) y desarrollamos formas de adaptar y monitorear la práctica clínica en el contexto del teletrabajo. Además, identificamos las soluciones tecnológicas que nuestros trabajadores necesitaban para ofrecer una atención que sea consistente con las modificaciones realizadas en nuestra práctica clínica durante la pandemia. Los clientes y el personal tuvieron que adaptarse a un mundo mayormente virtual, y se necesitó capacitación para preparar tanto a los clientes como al personal. Para evitar brechas en el servicio, LACDMH movilizó los recursos rápidamente, que incluyen: la distribución de equipo de protección personal; la creación de centros de psiquiatría que puedan llegar a todo el Condado desde cualquier lugar; la capacidad de que los repuestos de farmacia clínica pudieran realizarse sin contacto presencial; y la entrega de los vehículos, computadoras portátiles y teléfonos necesarios. Estos son ejemplos de servicios clínicos durante la pandemia:

- Los compañeros voluntarios de una clínica iniciaron una línea de consultoría telefónica para los clientes que estaban pasando por un momento difícil
- Se implementaron grupos virtuales para ayudar a los clientes a mantenerse conectados entre sí y con la clínica
- Se llevaron a cabo celebraciones virtuales para impulsar la moral del cliente y del personal
- Se realizaron reuniones del equipo clínico, conferencias de casos y supervisión clínica a través de vídeo para garantizar la mejor práctica clínica y la cohesión del equipo
- Se verificó con cada cliente sobre la carga completa de casos de cada clínica.

Figura 5. Tipos de sesiones de salud mental desde julio de 2019



Asociación de Servicio Completo (Full Service Partnership, FSP) – Programa de Tratamiento Ambulatorio Asistido (Assisted Outpatient Program, AOT)

Al comienzo de la pandemia, el equipo se comunicó por teléfono mientras los empleados de LACDMH trabajaban a distancia. La mayoría de los clientes no se sentían cómodos para hablar por teléfono, por lo que el contacto se mantuvo solo con aquellos con garantías. El personal de LACDMH trató de alojar a clientes sin hogar cuando se hizo esa solicitud. Afortunadamente, los equipos de AOT volvieron al campo a fines de abril; sin embargo, AOT enfrenta desafíos al tratar de ubicar a los clientes en diferentes tipos de instalaciones debido a las restricciones de COVID-19. Además, las visitas a los clientes mientras están hospitalizados o en prisión se han reducido considerablemente por las mismas razones. Inicialmente, varias FSP y AOT redujeron en gran medida su respuesta de campo, y dado que esta población no es muy compatible con la telepsiquiatría, muchos clientes no estaban progresando como deberían. Algunas de estas FSP han retomado las respuestas de campo de forma completa, mientras que otras tienen respuestas de campo limitadas. Hubo una mayor cantidad de derivaciones de FSP regulares porque “no están respondiendo sobre el terreno”, por lo que el cliente necesita un mayor nivel de atención.

El tribunal de AOT cerró desde finales de marzo hasta finales de mayo. Una vez reabierto, la mayoría de las audiencias y los informes de progreso se realizan a través de Web Ex y no de forma presencial en la sala del tribunal. Aunque el juez, el defensor de oficio, el psicólogo del AOT y el administrador del programa de AOT están en la sala del tribunal, todos los demás participan por teléfono o teleconferencia. Esto tiene un impacto muy diferente en el cliente. Así mismo, a menudo no se ordena a aquellos clientes que requieren hospitalización debido a la sobrecarga de la situación hospitalaria y el aumento del riesgo de contagio de COVID-19 en entornos hospitalarios colectivos, como las unidades psiquiátricas.

Ayuda para personas sin hogar y participación móvil (Homeless Outreach and Mobile Engagement, HOME)

HOME se vio gravemente afectado, ya que inicialmente se les asignó la monumental tarea de ayudar a mitigar el riesgo de propagación del COVID-19 entre y por personas sin hogar (People Experiencing Homelessness, PEH). HOME tuvo la tarea de movilizar el esfuerzo para identificar, inscribir y transportar a personas sin hogar al Project Room Key (PRK), que es un esfuerzo de colaboración del Estado, el Condado y la Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles (Los Angeles Homeless Services Authority, LAHSA) para asegurar habitaciones de hotel y motel para personas vulnerables en situación de desamparo para proteger la capacidad de los hospitales y el sistema de salud. Seguido de este esfuerzo,

a medida que PRK comenzaba a desmovilizarse, se llevó a cabo la extensa tarea de emparejar a las personas con los subsidios de vivienda y los servicios y beneficios de apoyo continuos. HOME estuvo involucrado con los equipos de prueba de detección de COVID-19 de la ciudad de Los Ángeles y el Condado que ahora han hecho la transición para apoyar la vacunación de PEH mayores de 65 años. El verano pasado, HOME trabajó en colaboración con el DHS y LAHSA para entregar más de un millón de almuerzos a personas sin hogar y ayudar a que la gente se refugie en el lugar.

Prevenir la falta de vivienda Promover la salud (Prevent Homelessness Promote Health, PH²)

PH² se vio enormemente afectado, ya que todo el personal estaba en rotación para su despliegue como Trabajadores de Servicios de Desastre del Condado para ayudar en los refugios, centros comunitarios y sitios de cuarentena y aislamiento en todo el condado, y apoyar a PRK.

Red de Acceso entre Compañeros para Veteranos (Veteran Peer Access Network, VPAN)

VPAN se ha visto mínimamente afectado por el COVID-19. El personal pasó de trabajar fuera de la oficina a trabajar fuera de sus hogares mientras continuaban desplegándose en el terreno según fuera necesario. Como resultado de la oportunidad ocasionada por la pandemia, VPAN pudo establecer una línea de apoyo disponible los 7 días de la semana para aumentar drásticamente el acceso a nuestra población de interés. El personal de VPAN ha estado participando en actividades de asistencia comunitaria en múltiples Áreas de Servicio (AS) en estrecha colaboración con HOME, VA, E-6 y otros proveedores de asistencia.

Atención Integral a la Persona (Whole Person Care, WPC) Destinatario del Servicio Intensivo (Intensive Service Recipient, ISR) y Kin through Peer (KTP)

Este programa se vio drásticamente afectado por el COVID-19, ya que el programa se basa en las relaciones con los hospitales y la habilidad para interactuar por primera vez e inscribir a los participantes durante una hospitalización. Durante los últimos 12 meses, muy pocos hospitales permitieron que el personal de WPC ingresara a las instalaciones para interactuar e inscribir a los individuos. Parte del personal continuó con la intervención en persona y el programa siguió recibiendo derivaciones de muchos hospitales. El personal observó que era mucho menos eficaz y, a menudo, el personal no podía comunicarse con las personas después de que fueran dadas de alta del hospital.

Women's ReEntry y Centro de Bienestar

El personal de Women's ReEntry se enfrentó al desafío de hacer la transición del contacto cara a cara sobre el terreno a plataformas en línea para involucrar a una población de interés que tiene grandes necesidades y, a menudo, son personas sin hogar. Inicialmente, el programa tuvo problemas para involucrar constantemente a los clientes en línea a pesar de los esfuerzos de asistencia. En parte, numerosas nuevas contrataciones comenzaron 6 meses o menos antes del COVID-19. La orientación del programa de LACDMH para el nuevo personal se retrasó debido a que la capacitación generalmente se realizaba en el campo. Así mismo, también se retrasó el acceso a la capacitación en documentación electrónica de casos para el personal nuevo. Con el tiempo, muchos miembros del personal que se sentían seguros pudieron reanudar el trabajo de campo para localizar, involucrar y capacitar a los clientes para que usen y accedan a la plataforma en línea de telepsiquiatría, a través de teléfonos celulares. Sin embargo, muchos empleados se infectaron con COVID-19 y su ausencia tuvo un impacto significativo en el programa. En general, estos servicios de campo que involucran a clientes altamente vulnerables fueron un desafío, lo que condujo a una caída inicial en la provisión de servicios de salud mental.

Programa de Vivienda Provisional (Interim Housing Program, IHP)

El IHP ofrece un refugio limpio y seguro, supervisión general las 24 horas, tres comidas al día, ropa de cama limpia, vestimenta, productos de higiene y servicios de administración de casos para adultos con enfermedades mentales y sus hijos menores sin hogar. LACDMH ha trabajado en estrecha colaboración con el DHS y el Departamento de Salud Pública del Condado (County Public Health, DPH) para apoyar la salud y seguridad de los clientes que han estado en viviendas provisionales durante la pandemia de COVID-19. Según lo recomendado por los equipos de respuesta de COVID-19 (COVID-19 Response Teams, CRT) del DHS, el número de clientes atendidos por IHP se redujo de 565 a 429 para abordar la ocupación segura. De los 20 sitios que ofrecen servicios de IHP, aproximadamente 8-15 de ellos han sido puestos en cuarentena por el DPH en un momento dado y no se han podido admitir nuevos clientes en los sitios durante la cuarentena. La duración del tiempo de cuarentena ha variado entre 3 y 12 semanas. Los CRT del DHS proporcionaron pruebas de COVID-19 tanto al personal como a los clientes, y han comenzado a proporcionar vacunas en los sitios de acuerdo con las categorías de priorización de vacunación del DPH.

Programa de Atención Residencial Enriquecida (Enriched Residential Care, ERC)

ERC proporciona fondos para albergar a clientes de alta agudeza con enfermedades mentales graves (Serious Mental Illness, SMI) en instalaciones residenciales para adultos (Adult Residential Facilities, ARF) e instalaciones residenciales para el cuidado de la salud de personas mayores (Residential Care Facilities for the Elderly, RCFE). Estas instalaciones brindan un hogar a algunos de los clientes más vulnerables de LACDMH que luchan por mantener una vivienda independiente, y muchos de los cuales sin este recurso estarían sin hogar o requerirían niveles más altos de atención en entornos hospitalarios. Antes de la pandemia de COVID-19, LACDMH había estado trabajando en iniciativas para capacitar mejor estas instalaciones y mitigar los numerosos cierres que ocurren en todo el condado relacionados con la falta de fondos. Desde el surgimiento de la pandemia de COVID-19, LACDMH ha cambiado el enfoque de este trabajo hacia brindar apoyo y orientación a estas instalaciones en torno al COVID-19. Este trabajo ha incluido la colaboración con varios socios, que incluyen el DHS, la Administración de Veteranos (Veteran's Administration, VA), el Intermediario de Cuidado a Largo Plazo (Long Term Care Ombudsman, LTCO) y la División de Licencias de Cuidado Comunitario del Estado de California (California State Community Care Licensing Division, CCLD), con un enfoque especial en capacitar a las instalaciones que atienden a los residentes que tienen ingresos del Seguro Social, que son especialmente vulnerables debido a la falta de financiación.

A través del sistema implementado de respuesta al COVID-19, se asignó un asociado colaborativo principal a cada ARF/RCFE y se le asignó la tarea de un seguimiento específico. A través de esta colaboración, se envía una encuesta por correo electrónico semanalmente a alrededor de 350 instalaciones que atienden a clientes de LACDMH o DHS o que cumplen con criterios de vulnerabilidad específicos. Esta encuesta solicita información básica sobre las experiencias recientes de una instalación con el COVID-19, que incluye si en la última semana algún residente dio positivo por COVID-19. Para aquellas instalaciones que informan nuevos casos positivos, el socio colaborador principal realiza un seguimiento con un cuestionario más largo, que permite una mejor comprensión de las formas en que una instalación está gestionando el brote y la mejor manera de enfocar la orientación para fortalecer la respuesta a la irrupción de la enfermedad. Esta guía de seguimiento se proporciona principalmente por teléfono e incluye información sobre cómo informar un brote al DPH y CCLD, cómo acceder al equipo de protección personal apropiado, cómo utilizarlo y cómo conectarse a los recursos comunitarios de pruebas de detección para brotes continuos y pruebas de vigilancia para el personal y residentes, así como información y asistencia para coordinar los recursos de vacunación contra el COVID-19 en el lugar a través del Programa Federal de Asociación de Farmacias (Federal Pharmacy Partnership Program). Al 22 de febrero de 2021, más del 93 por ciento de las instalaciones con las que trabaja LACDMH han recibido al menos la primera dosis de la vacuna.

A partir de noviembre de 2020, LACDMH también ha podido aprovechar los CRT del DHS, que incluye un enfermero registrado y un enfermero vocacional licenciado, para brindar un subconjunto de instalaciones de muy alto riesgo con evaluaciones del sitio de control de infecciones in situ, orientación sobre cómo responder a casos en los que los residentes dan positivo para COVID-19, pruebas de detección de emergencia para brotes y vacunas contra la influenza. Este trabajo en el sitio ha sido especialmente valioso a la luz de la ola más reciente, que provocó un aumento drástico en el número de instalaciones que experimentaron brotes.

El impacto de la pandemia del COVID-19 ha reducido significativamente el recuento de derivaciones debido al cierre de escuelas, universidades técnicas (Community College) y universidades desde marzo de 2020. LACDMH implementa la Ley de Seguros en Casa (Safe at Home Act) y el personal presta servicios de telepsiquiatría desde el hogar. Para satisfacer la demanda de servicios de emergencia, algunos médicos de START brindaron servicios para desastre en los refugios, servicios de Equipos móviles de respuesta psiquiátrica (Psychiatric Mobile Response Teams, PMRT) en el campo y servicios de línea de consultoría telefónica. Además, START realizó numerosas capacitaciones para abordar la prevención de amenazas a través de aplicaciones, como Skype y Teams. En el año fiscal 2019-20, START atendió a 809 clientes con 5.102 servicios. El impacto en el programa START será sustancial para el año fiscal 2020-21 debido al cierre continuo de escuelas e instituciones académicas.

Camas de Tratamiento de Salud Mental

LACDMH fue capaz de descomprimir la psiquiatría para usuarios hospitalizados en estado agudo del DHS para hacer espacio para aquellos consumidores con sintomatología médica de estado agudo de COVID-19. Esto incluyó un cambio de la psiquiatría para los usuarios hospitalizados en estado agudo a las instituciones de cuidado subagudo para enfermedades mentales (Institutions for Mental Disease, IMD), de las instituciones de cuidado subagudo para enfermedades mentales a los servicios residenciales enriquecidos y de los servicios residenciales enriquecidos a la atención residencial enriquecida y la Asociación de servicio completo y los servicios ambulatorios. En otras palabras, se evaluó a los usuarios por seguridad y se los movilizó a un nivel más bajo. Este esfuerzo redujo el número de consumidores que esperaban camas subagudas en las unidades de hospitalización aguda del DHS en un 32% de abril a octubre de 2020. Además, LACDMH abrió camas psiquiátricas para usuarios hospitalizados en estado agudo para acomodar a los que se encontraban retenidos de forma involuntaria en psiquiatría (Lanterman Petris Short) en el Hospital Pacifica (16 camas) en Sun Valley, así como un nivel de atención abierto para acomodar a los usuarios que necesitaban cuarentena y aislamiento junto con asistencia con el apoyo de medicamentos en el Hotel Sherman (13 camas) en Sherman Oaks.

se requirio

MEDIDAS DESDE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

Los siguientes son los Ajustes de Mitad de Año de la MHSA publicados después de la implementación de la Actualización Anual del año fiscal 2019-20 adoptada el 4 de junio de 2019 por la Junta de Supervisores. Las publicaciones se enumeran en orden cronológico según las fechas del período de revisión y comentarios públicos de 30 días, comenzando con el más reciente.

18 de agosto de 2020 al 16 de septiembre de 2020

Uso de aproximadamente \$30,9 millones de fondos de Prevención e Intervención Temprana (PEI) de MHSA para desarrollar y/o expandir cuatro plataformas de prevención basadas en la comunidad durante el próximo año fiscal, incluidos los Servicios de Navegación para Usuarios; Apoyos de Prevención y Medios; Red de Acceso entre Compañeros para Veteranos; y Enfoques y Apoyos entre Compañeros, Familiares y la Comunidad.

23 de julio de 2020 al 21 de agosto de 2020

Uso de la Subvención de \$13,7 millones de la Asociación Regional para la Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral (Workforce Education and Training, WET) del Estado de la MHSA para financiar un Programa de Reembolso de Préstamos similar al Programa de Asunción de Préstamos de Salud Mental (State's Mental Health Loan Assumption Program, MHLAP) del Estado.

23 de julio de 2020 al 21 de agosto de 2020

Suspensión del programa de estipendios para WET de MHSA de \$3,1 millones para el año fiscal 2020-21.

22 de julio de 2020 al 20 de agosto de 2020

Suspensión del proyecto para WET de MHSA de \$3,3 millones: el Programa de Incentivos Financieros para Psiquiatría para el año fiscal 2020-21.

5 de septiembre de 2019 al 5 de octubre de 2019

Uso de aproximadamente \$5,7 millones de fondos de PEI de MHSA para el programa mejorado My Health LA para brindar servicios de salud mental, más precisamente, servicios de prevención que reducirán los factores de riesgo para desarrollar potencialmente SMI, así como ayudar a construir factores de protección.

11 de junio de 2019 al 10 de julio de 2019

Transferencia de \$1,7 millones de fondos del Plan de Servicios y Asistencia Comunitaria (Community Services and Supports, CSS) al Plan WET para el desarrollo de un acuerdo de colaboración entre LACDMH y la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) para lograr los objetivos compartidos de transferir estrategias de tratamiento de vanguardia desde la academia a la comunidad y a un entorno de formación para el personal clínico.

31 de mayo de 2019 al 29 de junio de 2019

Transferencia de \$35,0 millones de fondos de CSS al Plan de Instalaciones de Capital y Necesidades Tecnológicas (Capital Facilities Technological Needs, CFTN) para el desarrollo capital de una red de servicios de atención restaurativa para personas con una enfermedad mental que están siendo dadas de alta de los servicios de emergencia psiquiátrica, unidades de hospitalización psiquiátrica y cárceles del Condado.

8 de mayo de 2019 al 6 de junio de 2019

Transferencia de \$10,5 millones en fondos de CSS a CFTN que permite llevar a cabo el proyecto del Centro de atención urgente de salud mental de High Desert (un edificio nuevo, un estacionamiento, una unidad de ambulancia y mejoras en el paisaje).

26 de abril de 2019 al 25 de mayo de 2019

Transferencia de \$4,0 millones en fondos de CSS a CFTN que permite la compra parcial de la obra de infraestructura de un estacionamiento ubicado en 636 Maple Avenue para el uso del Centro de Salud Mental Downtown.

29 de noviembre de 2018 al 28 de diciembre de 2018

Transferencia de \$10,0 millones en fondos de CSS a CFTN para el desarrollo de capital del Centro de Bienestar de Salud Mental Olive View para brindar una variedad de servicios de apoyo y salud mental ambulatorios para los clientes que padecen enfermedades mentales graves.

CAMBIOS PROPUESTOS PARA EL PLAN DE TRES AÑOS

Esta sección brinda información detallada para los cambios propuestos que se incorporan en este Plan para los años fiscales 2021-22 a 2023-24, además de resaltar una necesidad crítica que puede resultar, a la larga, en que LACDMH proponga un cambio en el futuro cercano a través de una Actualización Anual.

▪ **REDISEÑO DE FSP**

Como parte del plan trienal anterior, los programas y servicios de FSP se desarrollaron para ofrecer servicios integrales de salud mental a los clientes que requieren un tratamiento intensivo. Los servicios son proporcionados por un equipo multidisciplinar basado en un número específico de espacios para clientes. Los servicios proporcionados a los clientes inscritos en FSP pueden incluir, entre otros, respuesta ante crisis 24/7 (en persona cuando sea necesario); tratamiento intensivo continuo de salud mental; servicios de vivienda; servicios de empleo; y servicios de tratamiento concurrente de enfermedades mentales y uso de sustancias. Todos los servicios se centran en reducir la utilización de servicios institucionales y aumentar las tasas de recuperación. FSP fue diseñada para permitir a las personas crear sus propios planes de recuperación con el apoyo de profesionales y compañeros, recreacionales o de otro tipo terapéutico, y apoyo 24/7 para hacer realidad sus planes. Los programas FSP existentes atienden a niños entre las edades de 0 a 15 años; jóvenes en edad de transición (16-25), adultos (26-59) y adultos mayores (60+).

Para satisfacer las necesidades cambiantes de niños y adultos vulnerables en el Condado de Los Ángeles que requieren apoyos a nivel de FSP, LACDMH ha decidido que el Programa FSP actual requiere un rediseño estructurado utilizando recursos existentes que incluyen varias mejoras del programa. El rediseño del FSP busca abordar la necesidad actual de requisitos programáticos mejor definidos y medidas de desempeño para garantizar que los servicios satisfagan las necesidades de los niños y adultos que requieren los cuidados más intensivos y así poder obtener mejores resultados de salud mental al tiempo que afrontan las disparidades.

La siguiente información proporciona una descripción general del rediseño de FSP.

¿Qué estamos haciendo?

LACDMH está transformando el programa FSP para que podamos apoyar mejor a nuestros consumidores ambulatorios en el estado más agudo en el camino hacia la recuperación y el bienestar. Este esfuerzo incluye:

- Cambios en los criterios de elegibilidad para enfocarse más en aquellos que más necesitan la atención de FSP;
- Cambios en el modelo de servicio FSP para utilizar un enfoque de equipo/población multidisciplinar, en lugar de cargas de casos individuales y "espacios";
- Integrar todos los PSF de especialidad actuales en un modelo de PSF (la excepción es que la FSP de vivienda se incluirá dentro del apoyo a la vivienda);
- Reducir la proporción de clientes por personal;
- Personal adicional para permitir que los programas de FSP para niños brinden Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) y Servicios Intensivos en el Hogar (Intensive Home Based Services, IHBS);
- Brindar capacitación y asistencia técnica mejoradas para ayudar a los proveedores de PSF a lograr los resultados deseados;
- Mejorar los servicios y apoyos para asegurar una transición exitosa entre los niveles de atención;
- Centralizar los procesos de autorización, inscripción y desafiliación de FSP para garantizar que los clientes con necesidades más altas puedan acceder a los servicios de FSP;
- Estandarizar las tarifas para acercar los salarios del personal de los proveedores contratados a la paridad con sus homólogos en las clínicas de LACDMH, como parte del ejercicio más amplio de establecimiento de tarifas de LACDMH; y
- Cambios en los contratos de FSP para agregar incentivos para que los proveedores ayuden a sus clientes a lograr resultados de vida críticos, moviendo nuestro sistema hacia la contratación basada en el desempeño; y
- Hacer uso de datos y comentarios de consumidores y proveedores para impulsar la mejora continua.

¿Cómo funcionará esto?

Estos cambios se incorporarán a los Anexos de Servicios dentro de los contratos, que se incluirán en los nuevos acuerdos de Entidad Legal.

- Población Focal: El programa de FSP rediseñado priorizará los servicios de FSP para aquellos con enfermedades mentales graves y persistentes (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI) que también cumplan con al menos uno de los criterios de población focal de FSP: personas sin hogar, con problemas con la justicia o que utilizan mucho los servicios de salud de emergencia o los servicios de salud mental para casos muy agudos. Esto representa una reorientación crítica del programa en aquellos consumidores que más necesitan los servicios ambulatorios intensivos de "lo que sea necesario" en el núcleo de FSP y elimina una expansión temprana de LACDMH de la elegibilidad de FSP a aquellos clasificados como "en riesgo" por cumplir con los requisitos de población focal. En nuestra experiencia, la inclusión de "en riesgo" como una opción para la inscripción en FSP ha resultado en que una parte desproporcionada de los servicios de FSP vayan a aquellos que pueden ser tratados con éxito en un nivel de atención más bajo. La única excepción a esto serán los clientes de FSP de Tratamiento Ambulatorio Asistido (Assisted Outpatient Treatment, AOT) por orden judicial.

Otro elemento importante de la transformación del FSP es integrar los modelos actuales de especialidad de FSP para adultos en un modelo de FSP y elevar el nivel de servicio proporcionado dentro del programa de FSP transformado para satisfacer las necesidades de todos los que anteriormente fueron atendidos por los programas de FSP especializados. Esto incluye la integración de las características principales de los modelos del Equipo de salud móvil integrado de FSP (Integrated Mobile Health Team, IMHT), FSP para personas sin hogar, FSP para AOT y FSP forense en el nuevo modelo de FSP para adultos. LACDMH hizo este cambio porque nos dimos cuenta de que muchos de los consumidores que necesitan servicios de FSP y que están siendo atendidos por nuestro programa de FSP para adultos existente también son elegibles para, y obtendrían beneficio, de los servicios mejorados que proporcionan los modelos de FSP de especialidad, ya sean asuntos importantes de salud física o antecedentes de falta de vivienda o problemas con la justicia.

- Grupos de Edad: El nuevo programa de FSP para adultos ahora atenderá a clientes de 21 años en adelante, que incluyen los adultos mayores. El programa FSP para la infancia, atenderá a niños y jóvenes hasta los 21 años.
- Resultados e Incentivos Prioritarios: Bajo el nuevo modelo de PSF, los proveedores de PSF se centrarán en un conjunto de resultados y parámetros prioritarios relacionadas con ofrecer el mejor servicio a los clientes de la población focal de PSF en sus programas, y brindar servicios y apoyo que ayuden a sus clientes a lograr resultados vitales de calado. LACDMH trabajará con los proveedores para recopilar, monitorear y aprender de sus datos relacionados con estos resultados y parámetros y ofrecerá pagos de incentivos adicionales para aquellos proveedores que alcancen objetivos de desempeño específicos.

Por ejemplo, los proveedores de FSP para adultos serán elegibles para incentivos por retener a aquellos clientes de FSP más difíciles de alcanzar durante un período de al menos seis meses. Estos incluyen personas con antecedentes de experimentar una falta de vivienda crónica en la calle, necesidades graves de salud mental, problemas previos con el sistema judicial o antecedentes de alta utilización de los departamentos de emergencias psiquiátricas. Los proveedores también recibirán incentivos por ayudar a los clientes a mejorar la estabilidad de su vivienda, reducir su uso de los departamentos de emergencia psiquiátrica y reducir su participación en el sistema de justicia penal.

¿Por qué estamos haciendo esto?

LACDMH emprendió esta transformación con la intención de mejorar los resultados de vida de aquellos a quienes atendemos que están en mayor riesgo y empoderar a los proveedores contratados para que brinden la mejor atención posible. Creemos que hacerlo requiere una mayor flexibilidad, apoyo y responsabilidad, y un mejor uso de los datos para impulsar la toma de decisiones.

¿Cuándo sucederá esto?

El programa FSP transformado está programado tentativamente para ser lanzado en julio de 2021. Debido a que este rediseño del programa será nuevo tanto para LACDMH como para proveedores contratados, planeamos trabajar con proveedores de FSP existentes para probar este nuevo modelo durante los próximos 3 años. Las lecciones aprendidas de esta prueba informarán la nueva licitación de los contratos FSP para el año fiscal 2024-25.

¿Cuál es el impacto fiscal?

El programa FSP transformado está programado tentativamente para lanzarse en julio de 2021. Se estima que los incentivos requerirán \$3,5 millones en el año fiscal 2021-22 y \$7,0 millones anuales para los años fiscales 2022-23 y 2023-24.

▪ **CAPACIDAD DE CAMAS Y VIVIENDA PARA TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL**

A principios de 2019, la Junta de Supervisores aprobó una moción que se centró en la escasez crítica de camas de hospitales de salud mental en el Condado y destacó la necesidad de poner solución a las brechas persistentes de servicio en su sistema de atención de salud mental, con especial atención a la capacidad de camas de tratamiento de LACDMH. En resumen, nuestro inventario de camas de tratamiento debe aumentar drásticamente y LACDMH debe poder optimizar la gestión de estas camas para brindar el tratamiento de alta calidad necesario en las instalaciones con el fin de evitar:

- Salas de emergencia psiquiátrica sobrepobladas con largos tiempos de espera para camas psiquiátricas agudas;
- El ciclo de personas sin hogar con enfermedades mentales y, a menudo, trastornos por consumo de sustancias concurrentes, que entran y salen de los hospitales y las calles sin un camino sostenible hacia la recuperación;
- La encarcelación de personas con enfermedades mentales y, a menudo, trastornos por uso de sustancias concurrentes en lugar de que reciban la atención necesaria en un centro de tratamiento (en lugar de custodia); altas tasas de reingreso hospitalario; y
- Listas de espera largas para hacer que los usuarios pasen de entornos de tratamiento agudo costosos al nivel de atención adecuado.

Prueba piloto de 500 camas de LACDMH

Más tarde ese mismo año, LACDMH recomendó una prueba piloto de dos años, junto con estrategias para expandir y mejorar la capacidad de las camas de salud mental y la calidad del servicio en todo el sistema, para adquirir hasta 500 camas de tratamiento de salud mental de diversos tipos según los fondos disponibles. Hasta la fecha, se han contratado 156 camas y se han financiado en su totalidad con los \$25 millones en ingresos de reajuste de impuestos sobre la venta reservados en el presupuesto final aprobado para el año fiscal 2019-20. Esta prueba piloto de cama se implementó en el contexto de la pandemia del COVID-19 y, como tal, se ejecutó en combinación con el plan de Continuidad de Operaciones del Condado: Plan de Ampliación (County Continuity of Operations: Surge Plan).

Oportunidades para Promover la Iniciativa del Condado para la Expansión de Camas

LACDMH ha identificado las camas restantes en varios niveles de atención para seguir mejorando el flujo de clientes en toda la red. Esto incluye camas adicionales a aquellas que actualmente se financian a través de CSS de la MHSA, Servicios Alternativos de Crisis (Alternative Crisis Services, ACS) para Servicios Residenciales Enriquecidos, Atención Residencial en Caso de Crisis y Atención Urgente y CSS de MHSA, Vivienda para Atención Residencial Enriquecida. Además, LACDMH ha dedicado fondos sustanciales de reajuste de impuestos sobre la venta a las camas, como los \$25 millones reservados para la implementación parcial de la prueba piloto de 500 camas, los ajustes del costo de vida a los proveedores y el reajuste de los niveles de financiación proporcional a las tarifas de uso.

Si bien este plan no refleja un cambio propuesto a CSS y ACS de MHSA y la vivienda asociada con cualquier expansión de la capacidad de camas de tratamiento de salud mental, es importante enfatizar que la flexibilidad para invertir los recursos de MHSA es fundamental para promover esta iniciativa del Condado. Esta necesidad puede ocurrir más temprano que tarde y, si es probable que ocurra, se incorporará en una Actualización Anual.

Mientras tanto, LACDMH presentó recientemente propuestas de financiación de la Medida J (Measure J) específicas para la recomendación de Alternativas al Encarcelamiento (Alternatives to Incarceration, ATI) que destaca la necesidad de más camas de atención aguda para usuarios hospitalizados, subaguda, residencial y colectiva, para permitir que más personas con SMI sean derivadas fuera de las cárceles. Se presentó otra propuesta de financiación para la expansión de los programas de tratamiento residencial en casos de crisis que sirven como lugares para que las fuerzas del orden público trasladen rápidamente a una persona en crisis y que esta evite el encarcelamiento, así como también brindan un desvío de las salas de emergencia. Esta propuesta aborda la recomendación de ATI que enfatiza la importancia de que las instalaciones permitan la atención de crisis de "atención primero" en todo el Condado.

■ **PROYECTO DE MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA ACCESS**

Se incorpora un nuevo proyecto de Tecnología Informática en el Plan de Necesidades Tecnológicas con el fin de contratar a un consultor para diseñar e implementar los objetivos técnicos y comerciales del Proyecto de Modernización del centro de atención telefónica 24/7 ACCESS a un costo total propuesto de \$3,5 millones. Hay una financiación existente dentro del Plan de necesidades tecnológicas. El sistema actual de LACDMH es anticuado, ya que tiene sistemas dispares y diferentes aplicaciones y, por lo tanto, tiene una necesidad crítica de una reforma importante. El objetivo es modernizar los procesos comerciales, los flujos de trabajo y la tecnología para que permita un proceso más simplificado entre el agente de atención telefónica y la persona que llama para obtener asistencia integral con la intención de:

- Mejorar la prestación de atención al cliente y mejorar la experiencia del agente de atención telefónica simplificando el flujo de trabajo de la llamadas y documentación de casos;
- Reducir el tiempo de atención al centralizar la programación y los procesos de despacho de respuesta a crisis;
- Impulsar una reducción en los tiempos de espera de llamadas mediante la simplificación de las tareas del agente de atención telefónica que les permitirá responder llamadas más rápido; y
- Automatizar el análisis de llamadas de ACCESS para garantizar que se satisfagan las necesidades de las personas que llaman.

El enfoque en este momento es el rediseño de los flujos de trabajo y una reforma de la infraestructura utilizada por los agentes de atención telefónica. LACDMH evaluará la necesidad de recursos de personal a medida que este proyecto evolucione e incorporará propuestas de cambios en futuras Actualizaciones Anuales o Ajustes de Mitad de Año.

Sistema Actual

A continuación, se muestran diagramas que muestran la infraestructura tal como existe hoy y la complejidad del proceso, ya que captura la complejidad del flujo de servicios, que comienza desde el inicio de una llamada a la línea de ayuda a trabajar con los agentes del Centro de atención telefónica y a programar citas separadas para la admisión/evaluación y tratamiento. El proceso actual para las personas que buscan ayuda en nuestro sistema es complejo, lento y confuso. Esto puede causar una angustia emocional adicional, especialmente si el proceso para que el personal de LACDMH resuelva estos problemas es igual de complejo.

La Línea de Ayuda actual se creó rápidamente y con el tiempo se agregaron nuevos elementos sin la participación del usuario ni la alineación estratégica. Los agentes de atención telefónica pueden tener que utilizar hasta 11 aplicaciones, formularios o servicios diferentes para asistir una sola llamada. Las aplicaciones existentes pueden ser difíciles de utilizar y los agentes de atención telefónica tienen una visión limitada para brindar disponibilidad del equipo de respuesta a crisis. Si bien la línea de ayuda no está modernizada ni optimizada, actualmente funciona sin problemas importantes conocidos. Se responden llamadas y se ayuda a las personas. Sin embargo, es cierto que hay áreas en las que definitivamente se puede optimizar tanto para el personal como para las personas que buscan servicios para crear una experiencia más eficiente y fácil de usar.

Figura 6. Infraestructura existente del centro de atención telefónica que incluye diferentes Líneas de Ayuda.

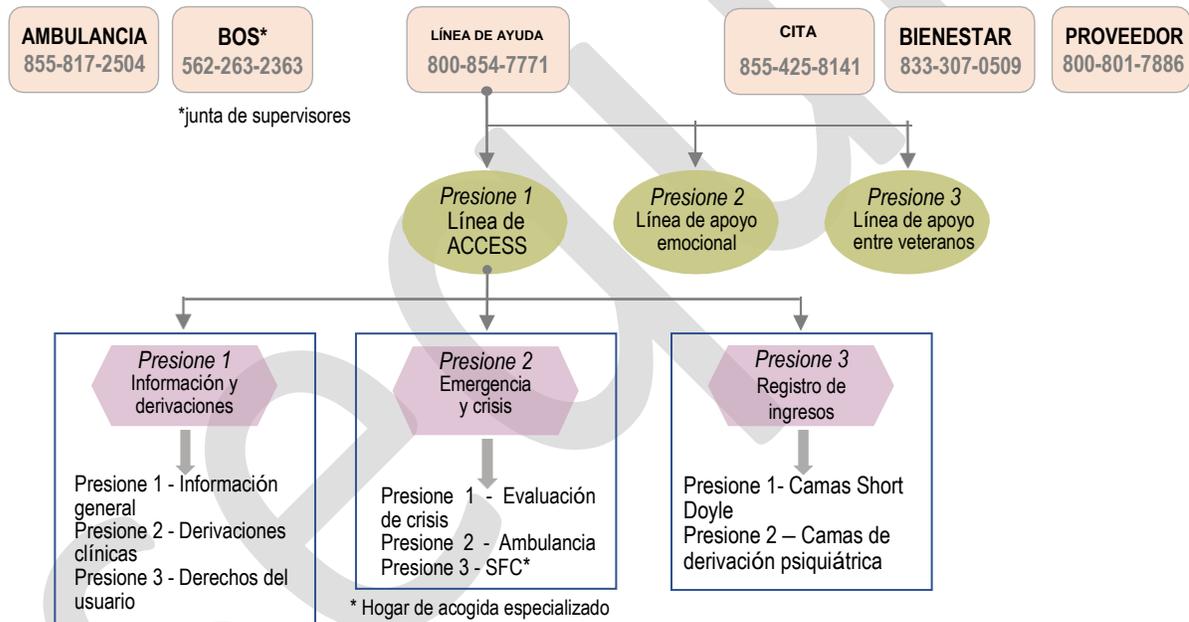
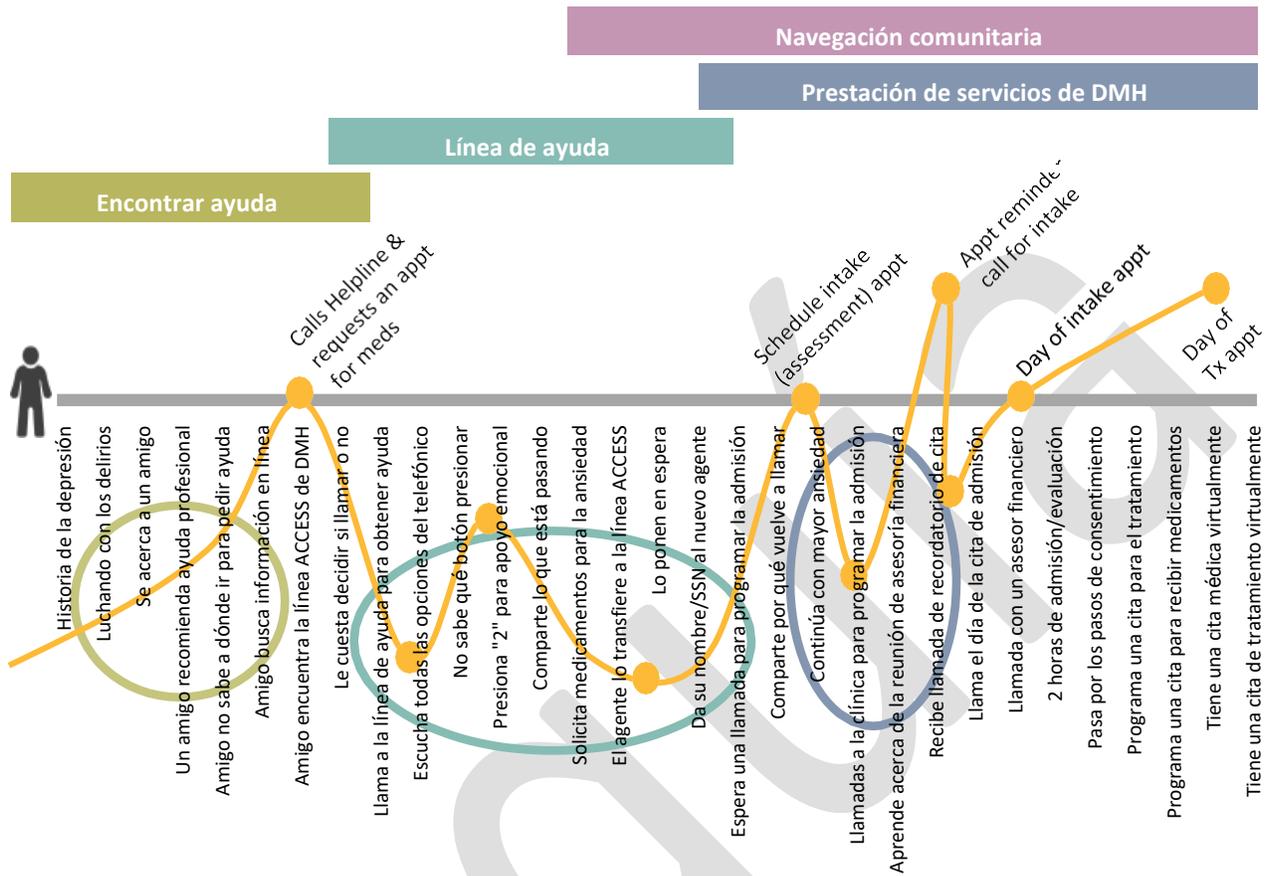


Figura 7. Una llamada típica a la Línea de Ayuda de DMH



Sistema del Centro de Atención Telefónica Modernizado

El Centro de atención telefónica de ACCESS 24/7 debe servir como una “plataforma” para LACDMH con agentes de atención telefónica que tengan una visión completa de la capacidad y disponibilidad dentro de la red de proveedores de LACDMH. Además, los agentes de atención telefónica deben tener una vista única de la información disponible sobre la persona que llama, para satisfacer mejor sus necesidades. Este punto de entrada estará diseñado para mejorar el acceso a la atención y la experiencia general al llamar al centro de atención telefónica de ACCESS.

Las mejoras en la tecnología y el flujo de trabajo del Centro de Atención Telefónica proporcionarán asistencia integral de manera eficiente y centrada en el usuario, optimizarán la experiencia del agente y desarrollarán funciones de autoservicio para los clientes y también extenderán las capacidades a los proveedores de LACDMH. La experiencia general del usuario se puede mejorar centrándose en cómo la línea de ayuda se adapta a toda experiencia desde el acceso hasta la atención y creando una experiencia de usuario eficiente y optimizada.

Figura 8. La visión del Centro de Atención Telefónica 24/7 de ACCESS modernizado



■ **CRONOGRAMA DE LOS PROYECTOS DE INNOVACIÓN (INN) EXISTENTES**

LACDMH está en el proceso de evaluar todos los proyectos de innovación para determinar su efectividad y considerar la financiación continua y la alineación con el Plan estratégico de LACDMH. Este Plan, sin embargo, refleja los siguientes proyectos que requieren extensiones al cronograma del proyecto original debido a un retraso en la implementación. Los cronogramas se ajustarán a un máximo de cinco años. LACDMH también notificará a la Comisión de Responsabilidad y Supervisión de los Servicios de Salud Mental (Mental Health Services Oversight and Accountability Commission, MHSOAC) por separado.

Tabla 10. Ampliaciones de Proyectos de INN

Proyecto	Años Adicionales
INN 2 – Fortalecimiento de la Capacidad Comunitaria para Prevenir Traumas	1 año
INN 3 – Help@Hand (anteriormente: Technology Suite)	2 años
INN 4 – Estimulación Magnética Transcraneal	2 años
INN 7 – Transporte Terapéutico	2 años

PROGRAMAS Y SERVICIOS EXISTENTES POR COMPONENTE

Esta sección proporciona datos de resultados del año fiscal 2019-20 para los programas de MHSA existentes y está organizada por componentes. También proporciona información financiera para los dos años fiscales anteriores 2018-19 y 2019-20, así como el presupuesto anual que se propuso para el año fiscal 2021-22 y el presupuesto total propuesto para los tres años fiscales de este Plan. Los costos se informan en cifras brutas y no incluyen la administración del programa.

SERVICIOS Y ASISTENCIA COMUNITARIA (CSS)

CSS, el componente más grande con el 76% de la asignación total de MHSA, fue diseñado con categorías de servicio que dan forma al sistema integrado de atención para clientes diagnosticados con SMI. En el año fiscal 2019-20, aproximadamente 148.000 clientes únicos recibieron un servicio de salud mental directo a través de CSS. Las dos tablas siguientes ofrecen detalles adicionales.

El componente CSS del Plan incluye los siguientes programas:

- Asociación de Servicio Completo (Full Service Partnership, FSP)
- Servicios de Atención Ambulatoria* (Outpatient Care Services, OCS)
- Servicios alternativos de Crisis (Alternative Crisis Services, ACS)
- Servicios de vivienda
- Enlace con Funciones/Programas Operados por el Condado (Enlace)
- Servicios de Planificación, Asistencia y Participación (Planning, Outreach, and Engagement Services, POE).

*Anteriormente conocido como *Recuperación, Resiliencia y Reintegración (Recovery, Resilience and Reintegration, RRR)*

Tabla 11. Clientes atendidos a través de CSS en el año fiscal 2019-20

Clientes Atendidos	New Clients Served
147.766 clientes recibieron un servicio directo de salud mental: <ul style="list-style-type: none"> - 35% de los clientes son hispanos - 20% de los clientes son afroamericanos - 17% de los clientes son blancos - 3% de los clientes son asiáticos - 79% habla inglés como lengua materna - 14% habla español como lengua materna 	50.502 nuevos clientes que reciben servicios de CSS en todo el condado sin servicio previo de MHSA: <ul style="list-style-type: none"> - 38% de los clientes nuevos son hispanos - 15% de los clientes nuevos son afroamericanos - 16% de los clientes nuevos son blancos - 78% habla inglés como lengua materna - 14% habla español como lengua materna

Tabla 12. Clientes de CSS atendidos por Área de Servicio

Área de servicio (AS)	Número de clientes atendidos	Número de clientes nuevos
AS 1 – Antelope Valley	8.786	4.800
AS 2 – San Fernando Valley	21.926	10.345
AS 3 – San Gabriel Valley	19.602	11.721
AS 4 – Metro Los Ángeles	31.318	16.743
AS 5 – Oeste de Los Ángeles	10.236	5.698
AS 6 – Sur de Los Ángeles	28.413	15.796
AS 7 – Este de Los Ángeles County	12.662	7.406
AS 8 – South Bay	30.675	17.317

Las siguientes páginas proporcionan un resumen de la información de cada programa de CSS. El resumen incluirá un seguimiento del último plan trienal aprobado (años fiscales 2017-20) que también se extendió hasta el año fiscal 2020-21, así como datos de resultados para el programa específico.

A. ASOCIACIÓN DE SERVICIO COMPLETO (FSP)

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Continuo	<input checked="" type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población prioritaria	<input checked="" type="checkbox"/> Niños de 0 a 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes en Edad de Transición de 16 a 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos de 24 a 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Mayores de 60+ años
Descripción del programa				
<p>Los programas de FSP brindan una amplia gama de servicios y apoyos, guiados por el compromiso de los proveedores de hacer "lo que sea necesario" dentro de los recursos disponibles para ayudar a los clientes con los estados agudos más altos dentro de poblaciones definidas a progresar en sus caminos hacia la recuperación y el bienestar.</p> <p>Los servicios de FSP son brindados por equipos multidisciplinarios de proveedores profesionales, personal de apoyo y voluntarios que han recibido capacitación especializada que los ha preparado para trabajar eficazmente con los niños y sus familias. Los equipos de FSP brindan servicios de crisis 24/7 y desarrollan planes con las familias para hacer lo que sea necesario dentro de los recursos disponibles. El plan de recuperación se acuerda entre el cliente y el equipo de proveedores de FSP para ayudar a los clientes a alcanzar las metas individualizadas de la recuperación, la resiliencia y el desarrollo y/o recuperación o plan de tratamiento. Los equipos de FSP responden y son apropiados a las necesidades culturales y lingüísticas del niño y su familia.</p> <p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir los sistemas graves de salud mental, la falta de vivienda, el encarcelamiento y la hospitalización - Aumentar la vida independiente y la calidad de vida en general <p>Actividades Esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios clínicos (evaluación y servicios de crisis 24/7; asesoramiento y psicoterapia; servicios de campo; tratamiento integrado para trastornos concurrentes de salud mental y abuso de sustancias; gestión de casos para crear enlaces con los servicios de empleo, educación, vivienda y atención médica física) - Servicios no clínicos (servicios de apoyo para padres y entre compañeros; grupos de apoyo familiar y de autoayuda; centros de bienestar; cuidado de relevo) 				

AF 2019-20 ✓ ASOCIACIÓN DE SERVICIO COMPLETO Datos y resultados

Al 30 de junio de 2020, LACDMH tenía 16.865 espacios de FSP como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 13. Resumen de FSP: grupo de edad, espacios, costo promedio por cliente y clientes únicos atendidos

Grupo de edad	Número de espacios	Costo promedio por cliente	Número de clientes únicos atendidos
Niños (incluye servicios de asistencia integral para niños, servicios clínicos con capacidad de campo intensivo y servicios de asistencia integral para TAY)	3.584	\$18.102	3.994
TAY de 16 a 25 años	1.410	\$13.940	2.950
Adultos de 26 a 59 años (incluye IMHT, tratamiento ambulatorio asistido, servicio forense, servicios para personas sin hogar, Medida H y vivienda)	10.986	\$13.678	7.715
Adultos mayores de 60+ años	885	\$11.192	1.897

El costo se basa en los servicios del Modo 15, sin incluir los servicios de extensión comunitaria o los gastos de servicios de apoyo al cliente.

Evaluamos el impacto de la inscripción en FSP en los resultados de los clientes midiendo los cambios en las proporciones de clientes y en la cantidad de días que estuvieron involucrados en situaciones de falta de vivienda, problemas con la justicia, hospitalización psiquiátrica o vida independiente.

Al comparar la vida de un cliente antes y después, la inscripción al FSP muestra que el programa

- Reduce la falta de vivienda;
- Reduce los problemas con la justicia;
- Reduce la hospitalización psiquiátrica; y
- Aumenta la vida independiente.

Tabla 14. Impacto de FSP en los resultados residenciales posteriores a la asociación

Programa de FSP	Porcentaje por Clientes	Porcentaje por Días
Falta de Vivienda		
TAY	21% de reducción	43% de reducción
Adultos	30% de reducción	64% de reducción
Adultos Mayores	27% de reducción	58% de reducción
Problemas con la Justicia		
TAY	16% de reducción	37% de reducción
Adultos	27% de reducción	64% de reducción
Adultos Mayores	21% de reducción	48% de reducción
Hospitalización Psiquiátrica		
Niños	39% de reducción	% de reducción
TAY	46% de reducción	19% de reducción
Adultos	26% de reducción	62% de reducción
Adultos Mayores	12% de reducción	20% de reducción
Vida independiente		
TAY	31% de aumento	41% de aumento
Adultos	41% de aumento	41% de aumento

Comparación de los datos residenciales de los 12 meses inmediatamente anteriores a recibir los servicios de FSP (antes de la asociación) y durante los 12 meses de estado residencial mientras se reciben los servicios de FSP (después de la asociación) de los resultados de clientes ingresados hasta el 30 de junio de 2019. Los datos están ajustados (anualizados) por un porcentaje basado en la duración promedio de la estadía en el programa de FSP. Los datos deben cumplir con los estándares de calidad de los datos para ser incluidos en el análisis.

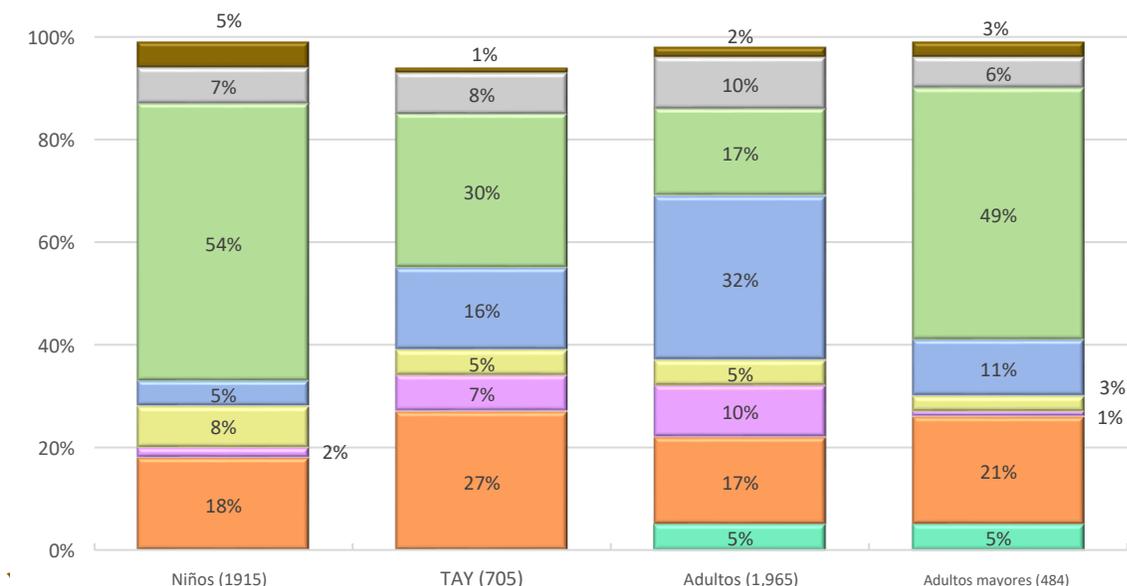
Niños (n =17.490) TAY (n = 6.623)
 Adultos (n = 16.842) Adultos Mayores (n = 2.678)
 Las cifras representan cambios acumulativos, que incluye todos los clientes hasta el 30 de junio de 2020.

La cancelación de la inscripción en FSP puede aplicarse a una interrupción o una suspensión del servicio. Una interrupción del servicio se define como una situación temporal en la que se espera que el cliente regrese a los servicios dentro de los 12 meses o menos a partir de la fecha del último contacto. Una suspensión del servicio se define como una situación a largo plazo en la que no se espera que el cliente regrese a los servicios del FSP durante más de 12 meses a partir de la fecha del último contacto.

Los motivos de la cancelación de la inscripción son los siguientes:

- No se cumplen los criterios de la población de interés;
- El cliente decidió suspender la participación en FSP después de que se estableció la asociación;
- El cliente se mudó a otro condado/área de servicio;
- No se puede localizar al cliente después de intentar contactarlo;
- Servicios/programas comunitarios interrumpidos – el cliente será detenido o encarcelado en el sistema de menores o adultos durante más de 90 días;
- Servicios/programas comunitarios interrumpidos – el cliente requerirá servicios de salud mental residenciales/institucionales – Instituciones para enfermedades mentales (Institutions for Mental Disease, IMD), Centro de Rehabilitación de Salud Mental (Mental Health Rehabilitation Center, MHRC) u Hospital estatal
- El cliente ha cumplido con éxito sus metas de tal manera que la suspensión de FSP es apropiada; o
- El cliente ha fallecido.

Figura 9. Razones para la cancelación de la inscripción en FSP para el año fiscal 2019-20



- ▼ El cliente se mudó a otro condado/area de servicio
- ✓✓ El cliente ha cumplido con éxito sus metas de tal manera que la suspensión de FSP es apropiada
- ✓✓ No se puede localizar al cliente después de intentar contactarlo
- ✓✓ Servicios/programas comunitarios interrumpidos: el cliente se encuentra en una instalación residencial/institucional
- ✓✓ Servicios/programas comunitarios interrumpidos: el cliente está detenido
- ✓✓ El cliente decidió suspender la participación en FSP después de que se estableció la asociación
- ✓✓ El cliente ha fallecido

AF 2021-24 ✓ ASOCIACIÓN DE SERVICIO COMPLETO Cambio propuesto

El programa FSP transformado está programado tentativamente para lanzarse en julio de 2021. Debido a que este rediseño del programa será nuevo tanto para LACDMH como para proveedores contratados, el plan es trabajar con proveedores de FSP existentes para probar este nuevo modelo durante los próximos 3 años. Las lecciones aprendidas de esta prueba piloto informarán la nueva licitación de los contratos de FSP para el año fiscal 2024-25.

✓ ASOCIACIÓN DE SERVICIO COMPLETO			
Antes del año fiscal 2019-20		Antes del año fiscal 2018-19	
15.955 Número total de clientes atendidos ¹	\$269,6 millones Gastos Brutos Totales	15.517 Número total de clientes atendidos	\$241,9 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2021-22		Años fiscales 2021-24 del Plan trienal	
15.736 Número total de clientes atendidos ²	\$290,8 millones Gastos brutos estimados	\$910,2 millones Gastos brutos estimados	

Notas

- 1 Número total de clientes atendidos del año anterior: número de clientes no duplicados que reciben Servicios directos de Modo 15, sin incluir los servicios de extensión comunitaria o los servicios de apoyo al cliente.
- 2 Número total de clientes atendidos del año fiscal 2021-22: refleja el promedio de los dos años anteriores.

B. SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input checked="" type="checkbox"/> Niños de 0 a 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes en edad de transición de 16 a 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos de 24 a 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos mayores de 60+ años
Descripción del Programa				
<p>Los Servicios de Atención Ambulatoria, anteriormente conocidos como Recuperación, Resiliencia y Reintegración (RRR), brindan una amplia gama de servicios integrados de bienestar, en la comunidad y en la clínica, y un sistema de apoyo centrado en la recuperación que tiene servicios de atención para todos los grupos de edad. Una atención continua es fundamental para que los clientes puedan recibir la atención que necesitan, cuando la necesitan y en el entorno más apropiado para satisfacer sus necesidades.</p> <p>El objetivo es que los clientes logren sus objetivos de recuperación para reintegrarse exitosamente a la comunidad. Hay variedad de servicios diseñados para satisfacer las necesidades de salud mental de las personas en diferentes etapas de recuperación. Cada programa proporcionará a cada cliente una combinación de uno o más de los componentes básicos para satisfacer las necesidades individuales del cliente. Estos servicios satisfacen las necesidades de todos los rangos de edad, niños, TAY, adultos y adultos mayores. Si bien puede haber algunas diferencias menores en los servicios específicos que se brindan a cada población, hay más puntos en común entre los grupos de edad que las diferencias. Todos los grupos de edad tendrán acceso a evaluaciones, servicios tradicionales de salud mental, intervención en crisis, gestión de casos y apoyo con medicamentos. La intensidad, la ubicación (comunidad/campo u oficina/clínica) y la duración de los servicios dependerán de la necesidad individualizada de cada cliente y probablemente cambiarán con el tiempo. Si bien es de esperar que la mayoría de los clientes pasen de servicios más intensivos a menos intensivos, algunos clientes pueden necesitar servicios más intensivos durante períodos de tiempo debido a una variedad de factores. Estos factores incluyen, entre otros, la aparición o exacerbación de una enfermedad mental grave, el incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, un trastorno por uso de sustancias, la exposición a traumas o violencia o factores estresantes psicosociales externos, tales como vivienda, empleo, relaciones o problemas legales.</p> <p>Resultados Esperados</p> <p>Nuestro objetivo es ayudar a nuestros clientes y familias a</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener un lugar seguro para vivir - Tener relaciones saludables - Tener acceso a la asistencia pública cuando sea necesario - Superar crisis con éxito - Usar su tiempo de manera significativa - Tener la mejor salud física posible <p>Actividades Esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios clínicos (terapia individual, grupal y familiar; resolución/intervención de crisis; tratamientos basados en la evidencia; gestión y apoyo de medicamentos; exámenes y evaluaciones de alcance y participación para determinar el nivel de funcionamiento y deterioro; gestión de casos) - Servicios no clínicos (apoyo entre compañeros; educación y apoyo familiar; enlace con la atención primaria; servicios de vivienda; servicios vocacionales y prevocacionales) 				

AF 2019-20 ✓ **SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA** Datos y resultados

Tabla 15. Datos de clientes atendidos a través de varios programas ambulatorios del año fiscal 2019-20

Grupo de Edad	Número de Clientes Únicos Atendidos	Costo Promedio por Cliente
Niños de 0 a 15 años	25.549	\$5.603
TAY de 16 a 25 años	17.971	\$4.313
Adultos de 26 a 59 años	57.620	\$3.249
Adultos Mayores de 60+ años	14.934	\$3.344

B1. Campamentos de Libertad Condicional para TAY

El personal de LACDMH brinda servicios financiados por la MHSA a los jóvenes en los campamentos operados por el Departamento de Libertad Condicional del Condado de Los Ángeles, que incluyen los jóvenes con Trastornos Emocionales Graves (Severe Emotional Disturbance, SED) /SMI. El personal de LACDMH y los proveedores contratados están ubicados en estos campamentos junto con el Departamento de Libertad Condicional, los Servicios de Salud del Tribunal de Menores (Juvenile Court Health Services, JCHS) del DHS y la Oficina de educación del condado de Los Ángeles (Los Angeles County Office of Education, LACOE). Este equipo interdepartamental brinda atención coordinada a los jóvenes alojados en los campamentos.

Los jóvenes alojados en los campamentos reciben una variedad de servicios de salud mental, que incluye: evaluaciones; terapia individual, grupal y familiar; apoyo con la medicación; y servicios de cuidados posteriores y de transición. Estos servicios se adaptan individualmente para satisfacer las necesidades de cada joven, incluidos los trastornos y traumas concurrentes. Las intervenciones incluyen prácticas basadas en la evidencia, como el Entrenamiento de Reemplazo de Agresión, la Terapia de Conducta Dialéctica Adaptada y la Búsqueda de Seguridad. La financiación de la MHSA ha hecho posible que los jóvenes se alojen en una gama más amplia de campamentos y sigan recibiendo medicamentos psicotrópicos.

B2. Centros Sociales para TAY

Los Centros Sociales para TAY están pensados como puntos de entrada al sistema de salud mental para jóvenes sin hogar o jóvenes en situaciones de vida inestable. Los Centros Sociales proporcionan entornos de “baja demanda y alta tolerancia” en los que los jóvenes pueden encontrar seguridad temporal y comenzar a construir relaciones de confianza con los miembros del personal que pueden conectarlos con los servicios y apoyos que necesitan. También ayudan a satisfacer las necesidades básicas de los jóvenes, como alimento, instalaciones de higiene, ropa, dirección postal y un lugar interior seguro para descansar. Por lo general, estos centros funcionan durante el horario comercial habitual. Sin embargo, la financiación de MHSA permite ampliar las horas de funcionamiento durante las tardes y los fines de semana, cuando el acceso a estos centros es aún más crucial.

Tabla 16. Ubicaciones de los Centros Sociales

Área de Servicio	Agencia	Dirección
AS 1	Penny Lane Centers Yellow Submarine	43520 Division Street Lancaster, CA 93535
AS 2	The Village Family Services TVFS Centro Social para TAY	6801 Coldwater Canyon Blvd North Hollywood, CA 91606
AS 3	Pacific Clinics Centro Social Hope	13001 Ramona Blvd Irwindale, CA 91706
AS 4	Los Angeles LGBT Center Youth Center on Highland	1220 N. Highland Ave Los Angeles, CA 90038
AS 5	Daniel's Place Step-Up on Second Street, Inc.	1619 Santa Monica Blvd Santa Monica, CA 90405
AS 6	Good Seed Church of God in Christ, Inc. Centro Social para Jóvenes Good Seed	2814 W. MLK Jr., Blvd Los Angeles, CA 90008
AS 7	Penny Lane Centers With A Little Help from My Friends	5628 E. Slauson Ave Commerce, CA 90040
AS 8	Good Seed Church of God in Christ, Inc. Centro Social para Jóvenes Good Seed on Pine	1230 Pine Ave Long Beach, CA 90813

B3. Programa de Atención Integrada (Integrated Care Program, ICP)

El ICP está diseñado para integrar la salud mental, la salud física, el abuso de sustancias y otros cuidados necesarios, como los servicios no tradicionales, para abordar de manera más completa el espectro de necesidades de las personas. La gama de servicios de ICP apoyará la recuperación de los individuos, con especial atención a aquellos sin hogar y sin seguro. El ICP promueve la colaboración y las asociaciones por y entre los proveedores de servicios y las organizaciones comunitarias que utilizan una variedad de servicios que pueden incluir servicios tradicionales y no tradicionales.

La población de interés del ICP son las personas con SMI o SED que cumplen con los criterios de necesidad médica de Medi-Cal para recibir servicios especializados de salud mental, que incluyen aquellos con problemas de abuso de sustancias concurrentes y/o de salud física, que se encuentran en desventaja económica o no tienen seguro.

B4. Equipo de Diseño de Transformación

El Equipo de Transformación de Adultos Mayores brinda apoyo al sistema para desarrollar la infraestructura de servicios para adultos mayores dentro de MHSA. El equipo monitorea las medidas de resultado utilizadas en el FSP y utiliza medidas de contratación basadas en el desempeño para promover los servicios del programa.

Este equipo está compuesto por dos puestos de analista de programas de salud. El objetivo del equipo es garantizar que nuestros consumidores adultos mayores reciban servicios de salud mental apropiados y oportunos de nuestras agencias proveedoras, y lo hacen proporcionando datos y apoyo analítico a su Gestor de Programa y al equipo de Servicios de Apoyo al Cliente a medida que completan sus visitas al sitio habituales. Además, el Equipo de Transformación revisa todos los aspectos relacionados con los contratos, el cumplimiento, la prestación de servicios, las operaciones y los presupuestos, y genera informes detallados para evaluar el diseño y la eficacia de los programas.

B5. Extensores de Servicio (Service Extenders)

Los Extensores de Servicio son voluntarios y forman parte del equipo interdisciplinar de RRR para adultos mayores. Son usuarios en recuperación, familiares u otras personas interesadas en trabajar con adultos mayores. Reciben capacitación especializada para servir como miembros del equipo y se les paga un pequeño estipendio. Los extensores de servicio reciben la supervisión de personal clínico profesional dentro del programa en el que están ubicados.

B6. Capacitación para Adultos Mayores

El Programa de Capacitación para Adultos Mayores aborda las necesidades de capacitación de los profesionales de salud mental existentes y los socios comunitarios al proporcionar los siguientes temas de capacitación: seguridad en el lugar de actuación, abuso de personas mayores, documentación, trastornos concurrentes, acaparamiento, psiquiatría geriátrica, becas de geropsiquiatría, extensiones de servicios y prácticas basadas en la evidencia.

Los siguientes son logros/aspectos destacados para el año fiscal 2019-20

- *Serie de Consultas Médicas para Adultos Mayores (Older Adult Consultation Medical Doctor's, OACT-MD)*
Se trataba de formaciones y consultorías para psiquiatras, enfermeros practicantes, enfermeros y médicos de salud mental para mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mental para los adultos mayores.
- *Programa de Desvío y Reingreso a la Comunidad para Personas Mayores (Community Diversion and Re-Entry Program, CDRP): Serie de Capacitaciones y Consultorías*
Esta serie de capacitaciones y consultorías, como parte del Equipo de consultoría y capacitación para adultos mayores, se ofreció al personal de salud mental con experiencia profesional en medicina geriátrica, geropsiquiatría, gestión de casos/recursos comunitarios, uso de sustancias y otros recursos. La capacitación y consultoría constante se diseñaron para actualizar la base de conocimientos y las habilidades de capacitación de todo el personal de salud mental a través de la presentación de casos y la consulta.
- *Cuestiones Legales para Adultos Mayores/Capacitaciones y Consultas sobre Leyes para Personas Mayores*
Como parte de las capacitaciones continuas multidisciplinarias del equipo de consultoría para adultos mayores, se proporcionó lo siguiente: capacitación y consultoría sobre derecho para personas mayores, desarrollo de capacitación curricular y coordinación sobre derecho para personas mayores para el personal clínico y no clínico contratado por LACDMH y LACDMH sobre las mejores prácticas para trabajar con poblaciones de adultos mayores.
- *Plan de Estudios de Formación Superior del Club de Oratoria*
Se brindaron los programas de formación superior del Club de Oratoria a los consumidores que completaron con éxito el plan de estudios de oratoria para mejorar y practicar sus habilidades de oratoria. Estos se llevaron a cabo el tercer viernes de cada mes durante el año fiscal una vez al mes.
- *Plan de Estudios de Capacitación del Taller del Club de Oratoria*
Este curso de capacitación de 7 semanas brindó a los compañeros herramientas y habilidades para educar a la comunidad y abogar por la esperanza, el bienestar y la recuperación.
- *Reconocimiento y Respuesta al Riesgo de Suicidio (Recognizing and Responding to Suicide Risk, RRSR)*
Esta es una capacitación interactiva para médicos de salud mental que desean adquirir habilidades basadas en aptitud para trabajar con consumidores que están en riesgo de suicidio. El modelo de formación RRSR se basa en un conjunto de 24 aptitudes clínicas esenciales desarrolladas por un grupo de trabajo de expertos clínicos que colaboran con la Asociación Estadounidense de Suicidología (American Association of Suicidology, AAS) y el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio.
- *Capacitación de Búsqueda de Seguridad (Seeking Safety)*
Esta capacitación brinda una descripción general de Búsqueda de Seguridad, un tratamiento basado en la evidencia para el trauma y/o abuso de sustancias. En la capacitación se tratan los siguientes temas: (a) antecedentes sobre trauma y abuso de sustancias (tasas, presentación, modelos, etapas del tratamiento y desafíos clínicos); y (b) implementación de Búsqueda de Seguridad (descripción general, base de evidencia).

- También se abordan las herramientas de evaluación y los recursos comunitarios. Finalmente, la capacitación permitirá a los participantes implementar la Búsqueda de Seguridad en su entorno.
- *18ª Colaboración Anual en Atención Geriátrica de Salud Mental*
Tecnología y Atención de la Salud Mental de los Adultos Mayores: en colaboración con el Plan para el cuidado de la salud de Los Ángeles (LA Care Health Plan), LACDMH organizó el desayuno de la 18ª Colaboración Anual en Psiquiatría Geriátrica. El nuevo nombre refleja el enfoque en la colaboración entre múltiples agencias y entre múltiples disciplinas que trabajan juntas para el cuidado de la salud mental de las personas mayores. Con el advenimiento de las directivas nacionales, estatales y locales para integrar la salud física y mental, y especialmente con el establecimiento de los planes de salud física y mental administrados por Medi-Cal, la capacitación de este año destacará cómo la tecnología puede mejorar el aislamiento social y la morbilidad de las personas, y cómo los proveedores pueden utilizar eficazmente la tecnología.
 - *Capacitación Preoptativa Médica Legal Parte I*
El objetivo de esta capacitación es educar a los participantes sobre la prueba de detección cognitiva, los elementos de la capacidad de toma de decisiones y el informe legal en el contexto de usuarios geriátricos que requieren evaluación para tutela, capacidad testamentaria, influencia indebida y otros temas relevantes que involucran la superposición entre geriatría y derecho.
 - *Capacitación Optativa Médica Legal Parte II Interrogatorio y Contrainterrogatorio*
La siguiente capacitación educará a los participantes de salud mental sobre estrategias para el testimonio de los peritos en el tribunal que son específicas para adultos mayores con impedimentos cognitivos. Esta formación preparará a médicos y psicólogos en casos de adultos mayores étnicamente diversos con situaciones de prácticas simuladas de interrogatorio y contrainterrogatorio.
 - *Capacitación Optativa Médica Parte III Simulación de Juicio*
La siguiente capacitación educará a los participantes de salud mental sobre estrategias para el testimonio de peritos en el tribunal que son específicas para adultos mayores con impedimentos cognitivos. La capacitación describirá la evolución de los juicios simulados y se participará en un caso real simulado, que incluye abogados en ejercicio y un juez experimentado en una versión resumida de un juicio.
 - *Tratamiento de Resolución de Problemas (Problem Solving Treatment, PST)*
PST es una intervención breve y ofrecerá actividades experimentales para mejorar las habilidades clínicas, apoyando así la efectividad del modelo.
 - *El Uso de Medidas de Detección Cognitiva: el Mini Examen del Estado Mental (Mini Mental State Exam, MMSE)*
El propósito de esta capacitación es brindar una descripción general de una herramienta de evaluación cognitiva, así como una experiencia práctica del uso de MMSE.
 - *Agresión Sexual de Adultos Mayores*
El Centro de Tratamiento de Víctimas de Violación (Rape Treatment Center, RTC) del Centro médico de UCLA en Santa Mónica ofreció una capacitación sobre agresión sexual y violación, con un enfoque específico en la población de adultos mayores. La capacitación desarrollará los siguientes temas: prevalencia de la agresión sexual en Estados Unidos, que incluye los factores que contribuyen a que los adultos mayores tengan un mayor riesgo de ser víctimas de agresión sexual; el impacto en la víctima, que incluye presentaciones comunes; la influencia de la cultura de la violación y la interseccionalidad en temas de violencia sexual; cómo apoyar a un superviviente, servicios de RTC y cómo derivar a RTC.
 - *Problemas Avanzados de Duelo y Pérdida*
Esta capacitación abordará las áreas relacionadas con el dolor y la pérdida en niños y adultos, tales como los problemas que enfrentan los adultos que salen del sistema de justicia penal, los adultos sin hogar y los inmigrantes que enfrentan un dolor no resuelto por la pérdida de sus seres queridos y sus hogares, entre otras causas. Los factores culturales que impactan el proceso de duelo y pérdida se abordarán a lo largo de esta capacitación, ya que la cultura juega un papel fundamental en el manejo del duelo y la pérdida. Finalmente, la capacitación también se enfoca en formas de trabajar de manera efectiva con adultos que enfrentan un duelo y una pérdida complicados a lo largo de la vida.

AF 2021-24 ✓ SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Trabajo Continuo

En los próximos tres años, las próximas acciones que se llevarán a cabo para mejorar la prestación de servicios serán el centro de atención telefónica modernizado para asistir en el acceso a los servicios y el nivel de atención más adecuado. LACDMH también desarrollará y apoyará la capacidad para garantizar transiciones exitosas desde niveles más altos de atención.

✓ SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Antes del año fiscal 2019-20		Antes del año fiscal 2018-19	
15.955 Número Total de Clientes Atendidos ¹	\$478,2 millones Gastos Brutos Totales	15.517 Número Total de Clientes Atendidos	\$456,6 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2021-22		Años fiscales 2021-24 del Plan trienal	
15.736 Número Total de Clientes Atendidos ²	\$614,2 millones Gastos Brutos Estimados	\$1,919 mil millones Gastos Brutos Estimados	

Notas

- 1 Número total de clientes atendidos del año anterior: número de clientes no duplicados que reciben Servicios directos de Modo 15, sin incluir los servicios de extensión comunitaria o los servicios de apoyo al cliente.
- 2 Número total de clientes atendidos del año fiscal 2021-22: refleja el promedio de los dos años anteriores.

C. SERVICIOS DE CRISIS ALTERNATIVOS

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input type="checkbox"/> Niños De 0 a 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> TAY De 16 – 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto De 24 – 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Mayores Mayor de 60 años

Descripción del programa

Servicios de Crisis Alternativos (ACS) ofrece una amplia gama de servicios y soporte para las personas con enfermedades mentales, diseñados para proporcionar alternativas a la atención en salas de emergencia, hospitalización aguda y atención institucional; reducir la falta de vivienda; y prevenir el encarcelamiento. Estos programas son esenciales para la intervención y estabilización de crisis, la integración de servicios y la vinculación con programas con base en la comunidad, por ejemplo, programas de FSP y Tratamiento Comunitario Asertivo, alternativas de vivienda y tratamiento para el abuso de sustancias coexistentes. ACS sirve a personas mayores de 18 años de todos los géneros, razas/etnias e idiomas.

En 2019, la Administración de Recursos a Nivel del Condado se integró con la División de Atención Administrada y cambió su nombre a la División de Atención Intensiva. Sigue siendo responsable de los aspectos generales administrativos, clínicos, integrativos y fiscales de los programas que sirven a los individuos más gravemente afectados por una enfermedad mental. Esto incluye la planificación, el desarrollo y la implementación de centros de atención de emergencia y programas residenciales enriquecidos para estas poblaciones específicas. Además, coordina funciones para maximizar el flujo de clientes entre varios niveles de atención y servicios y apoyos comunitarios de salud mental.

Programas ACS de la Ley de servicios de salud mental (MHSA) del Departamento de salud mental del condado de Los Ángeles (LACDMH):

- Programa de Cuidado Residencial y de Transferencia (Residential and Bridging Care, RBC)
- Centros de Atención Psiquiátrica de Emergencia
- Servicios Residenciales Enriquecidos (Enriched Residential Services, ERS)
- Programas de Tratamiento Residencial de Crisis (Crisis Residential Treatment Programs, CRTP)
- Equipos de Aplicación de la Ley (Law Enforcement Teams, LET)

Resultados Previstos

- Reducir la utilización de salas de emergencia psiquiátricas y psiquiatría aguda para usuarios hospitalizados
- Reducir el encarcelamiento de personas con enfermedades mentales graves y persistentes

Actividades Clave

- Derivar a los clientes según corresponda a los servicios de salud mental de emergencia
- Derivar a los clientes según corresponda a los Programas de Tratamiento Residencial de Crisis
- Utilizar equipos clínicos de salud mental en el terreno de actuación como Alternativas de Respuesta a la Crisis.

Año fiscal 2019-20 ✓ SERVICIOS DE CRISIS ALTERNATIVOS Datos y Resultados

Durante el año fiscal 2019-20, LACDMH continuó con su inversión en el desarrollo de PSH para personas sin hogar o crónicamente sin hogar y familias que viven con SMI o trastorno emocional grave (SED).

C1. Programa Residencial y de Transferencia (RBC)

El RBC involucra a trabajadores sociales psiquiátricos y defensores de compañeros que ayudan en la coordinación de servicios psiquiátricos y apoyos para TAY, adultos y adultos mayores con necesidades psiquiátricas y médicas complejas. El programa asegura la existencia de vínculos con niveles y tipos apropiados de servicios de salud mental y de apoyo a través de la colaboración con los Navegadores del Área de Servicio, FSP, proveedores residenciales, grupos de autoayuda y otros proveedores comunitarios. Los defensores de pares ofrecen apoyo a individuos en entornos de afecciones subagudas, Instalaciones de Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS) y programas residenciales intensivos para una transición exitosa a la vida comunitaria.

El Programa de Vinculación de Adultos del Hospital del Condado es parte del programa de RBC. Su misión es ayudar en la coordinación de servicios psiquiátricos para los clientes de LACDMH en los hospitales del condado operados por el DHS para asegurar que los clientes sean dados de alta al nivel apropiado de atención y que se les provea de los servicios de salud mental, residencial, abuso de sustancias u otros programas especializados pertinentes. Este programa promueve la expectativa de que los clientes se reintegren exitosamente en sus comunidades al momento del alta y que todos los proveedores de atención participen en las transiciones de los clientes.

C2. Centros de Atención Psiquiátrica Urgente (UCC)

Los UCC Psiquiátricos son unidades de estabilización de crisis independientes designadas por Lanterman Petris Short (LPS) y certificadas por Medi-Cal, que ofrecen acceso rápido a la evaluación de la salud mental, intervención en crisis y apoyo de medicamentos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los UCC también ofrecen manejo de casos para personas que experimentan dificultades psicológicas y/o crisis psiquiátricas. Los servicios de la UCC, incluidos los servicios integrados para los trastornos coexistentes, se centran en la estabilización y la vinculación con los recursos comunitarios orientados a la recuperación. Se permite a los clientes permanecer en la sección de UCC 23 horas y 59 minutos con licencia del Departamento de Servicios de Salud de California.

Tabla 17. Capacidad de camas y ubicación de los UCC actuales

Centro de Atención de Urgencia	Área de Servicio	Ubicación	Abierta	Camas (mayores de 18 años)	Camas (17 y menores)
Exodus (UCC Eastside)	AS 4	Centro de los Ángeles	Sí	22	
Exodus (UCC Harbor)	AS 8	Puerto-UCLA/Torrance	Sí	14	4
Exodus (UCC MLK)	AS 6	MLK/Los Ángeles	Sí	16	8
Éxodo (UCC Westside)	AS 5	Ciudad de Culver	Sí	12	
Olive View Community Care Services (UCC OV)	AS 2	Sylmar	Sí	8	
Providence Little Company of Mary OBHC ²	AS 8	San Pedro	Sí	20	
Star View BHUCC	AS 8	Long Beach	Sí	12	6
Star View BHUCC	AS 3	Valle de San Gabriel	Sí	12	6
Telecare (la Casa ¹ MHUCC ²)	AS 8	Long Beach	Sí	Varía	

1 la Casa es una excepción; no está abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Está designado por LPS.

2 MHUCC = UCC Salud Mental; OBHC = Centro de Salud Conductual Ambulatorio

Los siguientes gráficos ofrecen una visión general de los resultados del año fiscal 2019-20 de los ocho UCC. El UCC Olive View tiene dos componentes: Unidad de estabilización de crisis (CSU) - 7913 y UCC Ambulatorio - 7591 que no funciona 24/7.

Figura 10. Nuevas admisiones a UCC por grupo de edad para el año fiscal 2019-20

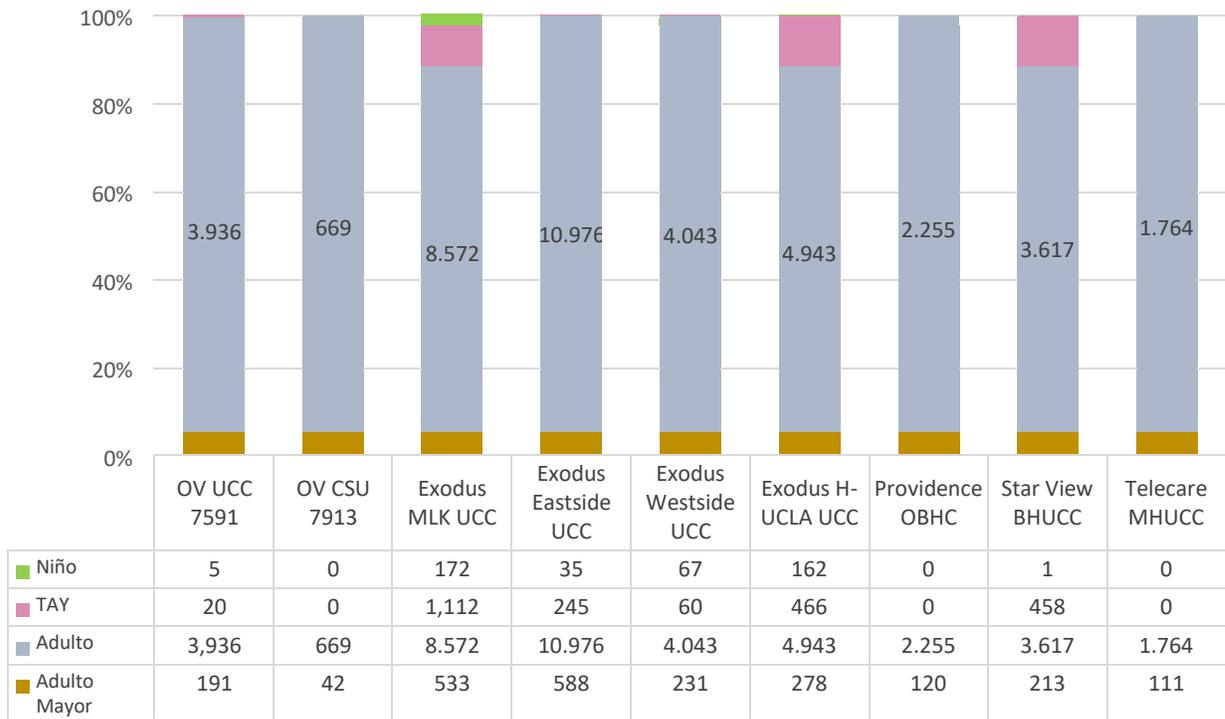


Figura 11. Clientes con una evaluación de emergencia psiquiátrica dentro de los 30 días siguientes a una evaluación de UCC

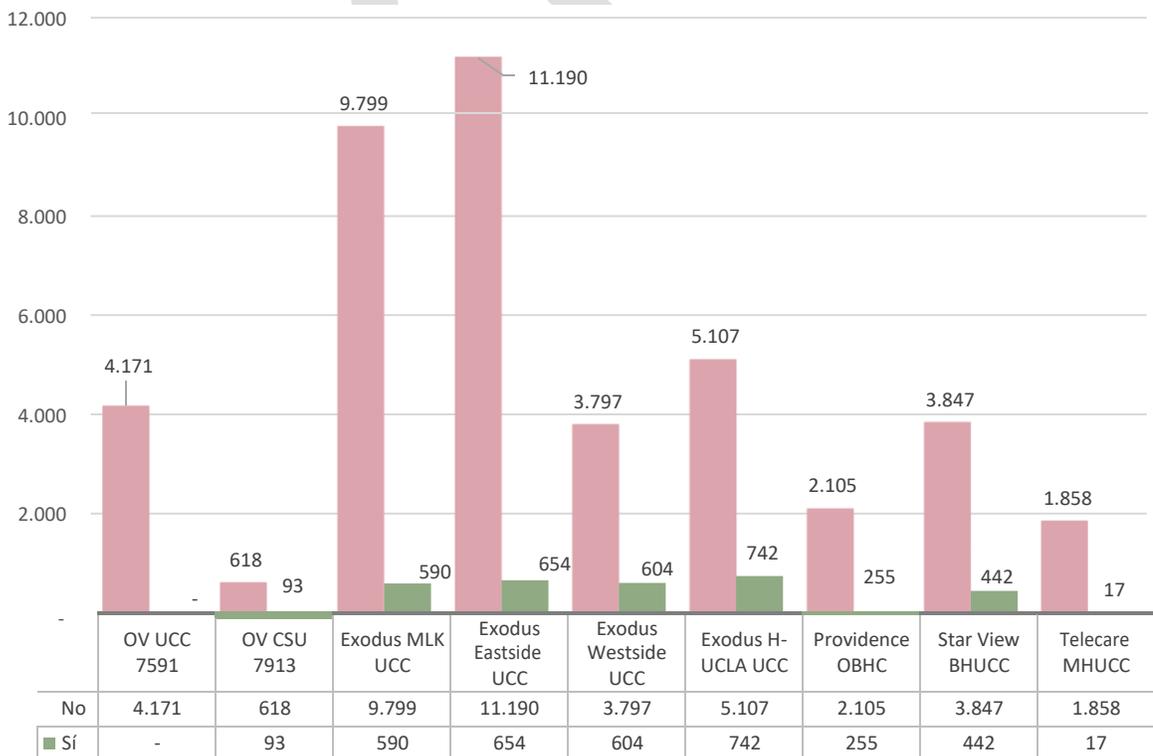


Figura 12. Clientes que regresan a UCC dentro de los 30 días luego de una visita anterior a UCC

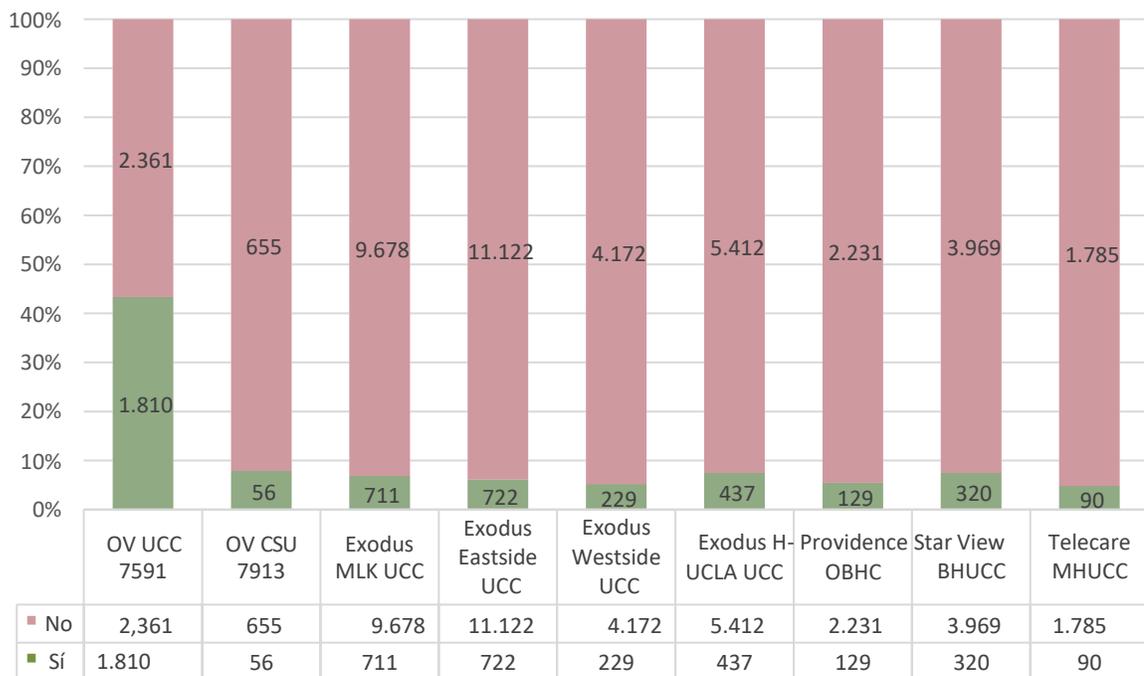
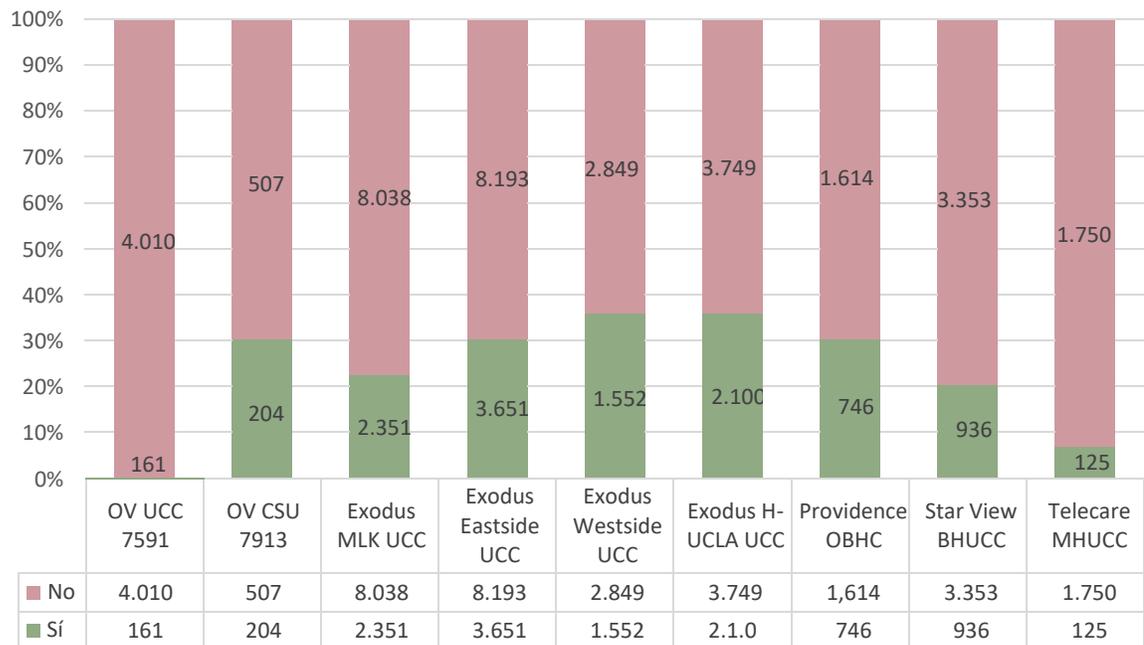


Figura 13. Clientes sin hogar al ser admitidos a UCC



C3. Servicios Residenciales Enriquecidos (ERS)

Los ERS están diseñados para proporcionar servicios de apoyo de salud mental *in situ* en ciertas Instalaciones residenciales para adultos con licencia y, en algunos casos, vida asistida, vivienda congregada u otras situaciones de vida independientes. El programa también ayuda a los clientes a pasar de un entorno hospitalario e institucional agudo a la comunidad, ofreciendo servicios de salud mental intensiva, tratamiento de abuso de sustancias y servicios de apoyo. Los siguientes gráficos ofrecen una visión general de los resultados del año fiscal 2019-20 de las nueve instalaciones del ERS.

Figura 14. Fuente de referencias de clientes para admisiones ERS (n = 988)

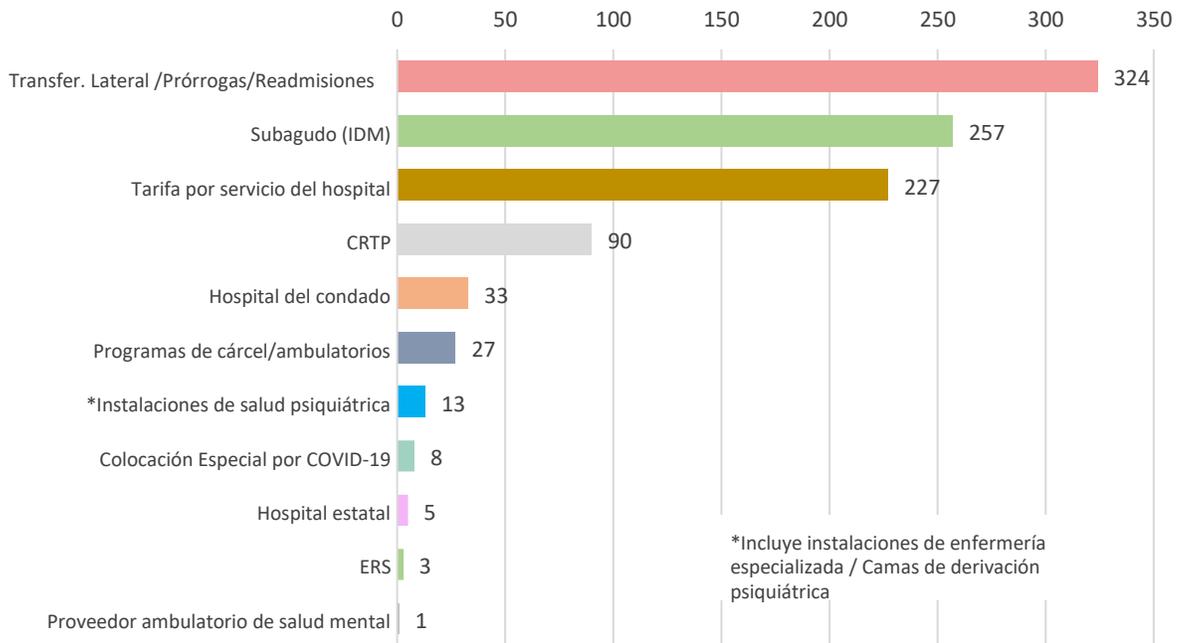


Figura 15. Tasas de admisión y alta de clientes a instalaciones del ERS (admisión n = 988; alta n = 429)

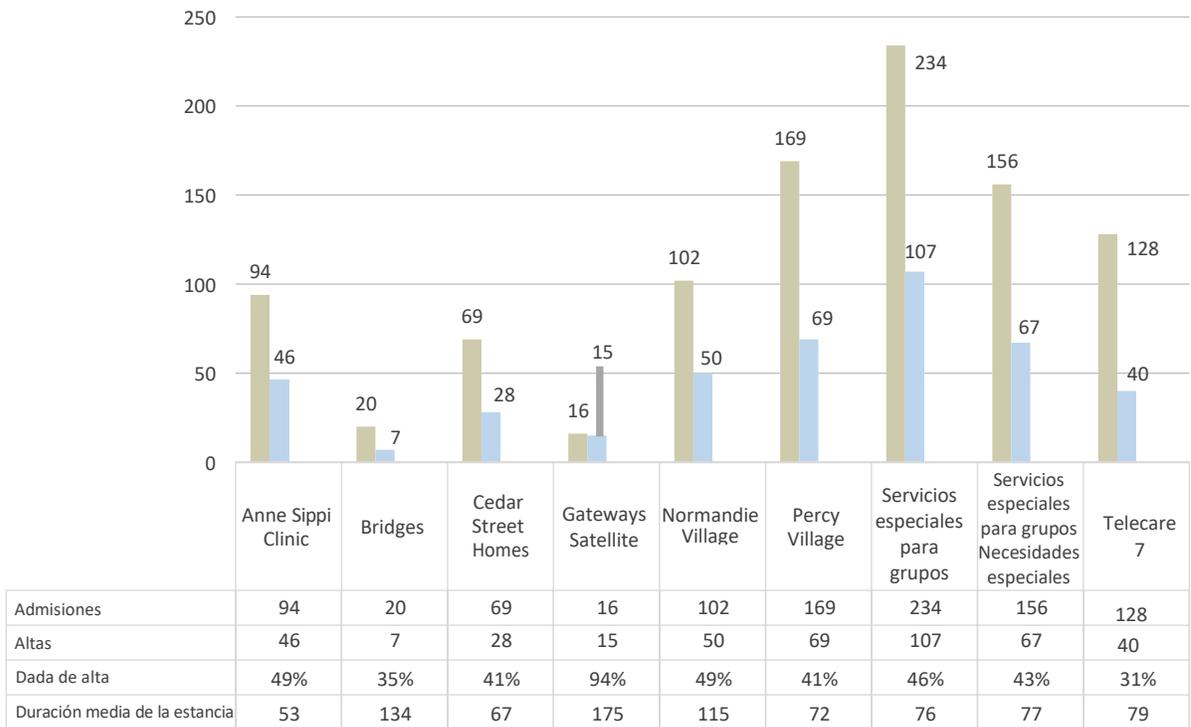
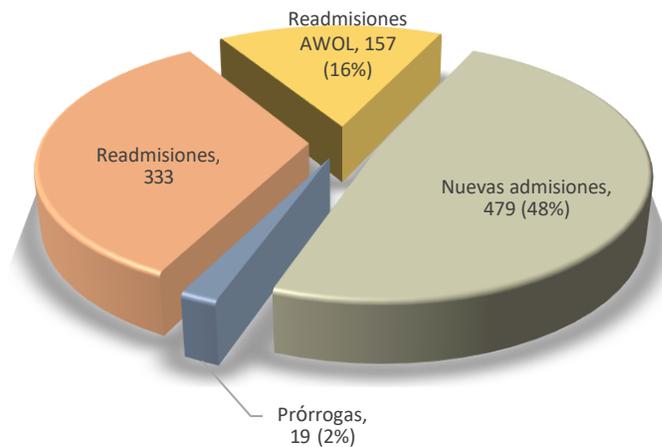


Figura 16. Tipos de admisión de clientes a las instalaciones de ERC (n = 988)



Los tipos de admisión incluyen a los clientes que ingresan recientemente en una instalación para el año fiscal actual (nuevas admisiones); reingresan en la misma instalación como resultado de una ausencia (Readmisiones o Readmisiones post AWOL); (3) transferencia interna a un nivel de atención superior o inferior (transferencias laterales); Y (4) cambiar el tipo de cama, como de indigente a Medi-Cal (Prórrogas).

C4. Programas de Tratamiento Residencial de Crisis (CRTP)

Los CRTPs están diseñados para ofrecer servicios de apoyo, intensivos y a corto plazo, en un ambiente acogedor a través de un programa activo de rehabilitación social que está certificado por el Departamento de Servicios de Salud de California y con licencia del Departamento de Servicios Sociales de California, División de Licencias de Cuidado Comunitario. Están diseñados para mejorar la vida y el funcionamiento adaptativo de aquellos a los que sirven. Se puede esperar que las personas admitidas en un CRTP reciban una serie de servicios, incluyendo habilidades de autoayuda, apoyo entre compañeros, intervenciones individuales y grupales, habilidades sociales, reintegración comunitaria, apoyo en medicación, servicios coexistentes, apoyo prevocacional/educativo, y planificación de alta.

Tabla 18. Visión general de los CRTP actuales y futuros

CRTP	Número de Camas	Abierto
Hillview (incluye 3 AB109 vacantes)	15	Sí
Excelsior House	14	Sí
Jump Street	10	Sí
Exodus	12	Sí
Gateways	16	Sí
CLARE Foundation	16	Sí
Teen Project	16	Sí
Lacada	16	Julio de 2021
Servicios Especiales para Grupos (SSG)	16	Julio de 2021
Martin Luther King, Jr.	16	Otoño 2021

Figura 17. Fuente de Referencias de Clientes para Admisiones a Instalaciones Residenciales de Crisis (n = 1.374)

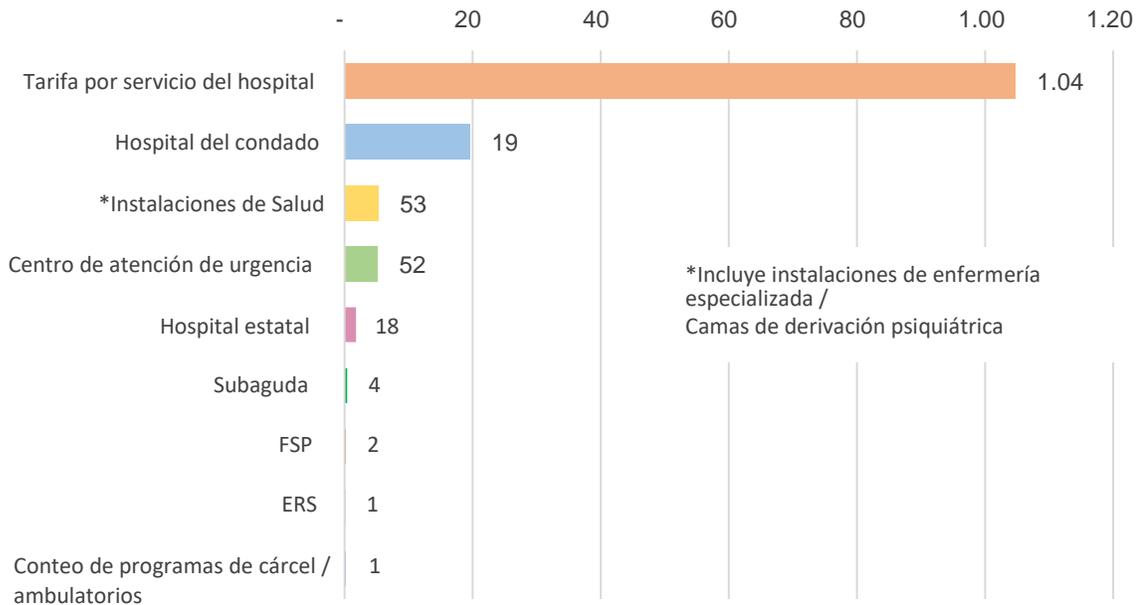
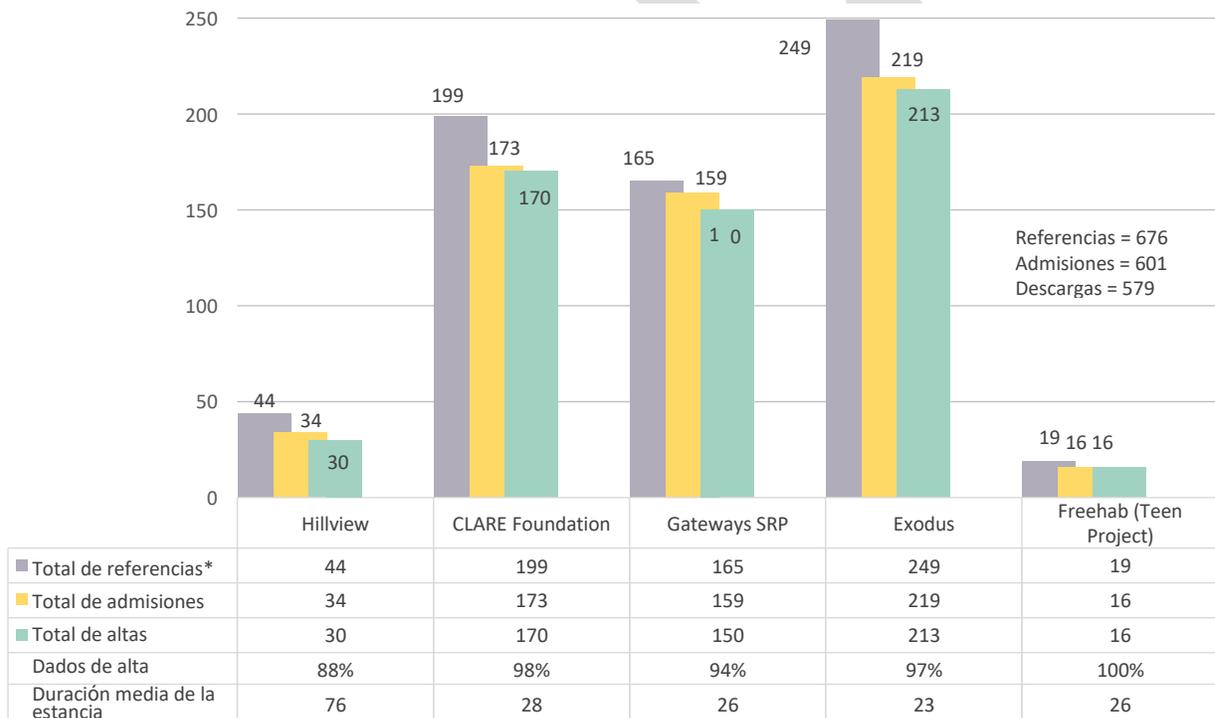


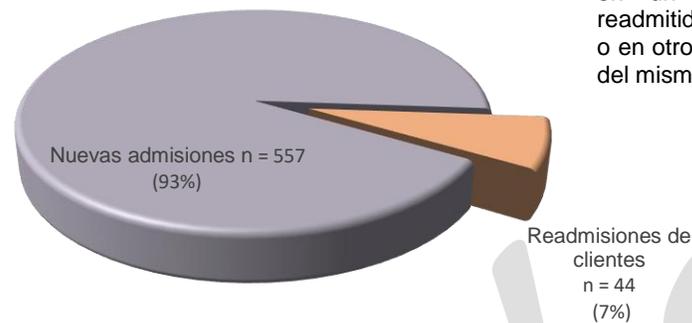
Figura 18. Referencias de clientes, admisiones y tasas de alta en ingresos CRTP



No todas las referencias al CRTP resultan en una admisión. Para el año fiscal 2019-20, hubo 1.392 remisiones de CRTP, de esos 790 clientes ‘ya no fueron remitidos’. Ya no se hace referencia a los clientes por las siguientes razones: (1) el cliente dio de alta del hospital antes del ingreso; (2) el cliente rechazó el CRTP; (3) el cliente dio de alta al CRTP, pero decidió no presentarse; (4) el cliente ingresó en otro CRTP. Freehab (Teen Project) abrió sus puertas en noviembre de 2019.

Figura 19. Tipos de admisión de clientes a instalaciones de CRTP (n = 601)

Admisiones Totales = 601



*Estos clientes fueron admitidos en un centro de CRTP y readmitidos en el mismo centro o en otro centro de CRTP dentro del mismo año fiscal.

C5. Equipos de Aplicación de la Ley (LET)

Los equipos de la policía y del personal de auxilio de salud mental del condado están compuestos de personal de LACDMH que trabajan en colaboración con los departamentos de policía locales en el Condado de los Ángeles. La misión principal de los LET es ayudar a los oficiales de patrulla cuando respondan a llamadas al 911 en las que participen personas con una enfermedad mental. Estos servicios de intervención en situaciones de crisis tienen por objeto reducir las encarcelaciones, mitigar el uso de la fuerza por parte de la policía y permitir que los oficiales de patrulla regresen rápidamente a sus funciones normales.

La diversa población del condado requiere métodos de intervención compasivos y equitativos en todo el espectro de la atención. LACDMH sirve a los más vulnerables y en riesgo en nuestra comunidad a través de programas personalizados ampliados y la colaboración con otros departamentos del Condado.

Los equipos de auxilio LET consisten en un oficial de policía y un profesional de salud mental de LACDMH los cuales responden llamadas al 911 que implican crisis de salud mental. Estos equipos se aseguran de que las personas en crisis reciban atención especializada y adecuada y transporte seguro a las instalaciones de tratamiento. Los Equipos de respuesta móvil psiquiátrica (PMRT) de LET y LACDMH se apoyan unos a otros a medida que los recursos lo permiten. Los profesionales de salud mental ya han sido asignados para trabajar con 40 de los 46 departamentos de policía en todo el Condado.

Durante el año fiscal 2019-20, hubo 14.472 llamadas, de las cuales el 31% involucró a personas sin hogar; el 3% resultó en arrestos; y el 61% requirió hospitalizaciones.

Años fiscales 2021-24 ✓ SERVICIOS DE CRISIS ALTERNATIVOS Trabajo Continuo

Para los años fiscales 2021-24, LACDMH continuará buscando oportunidades para mejorar el programa financiado por MHSA ACS, aprovechando otras posibles fuentes de financiación para asegurar al mismo tiempo que los recursos existentes puedan satisfacer las variadas necesidades de los que reciben servicios. Las actividades recientes y los planes futuros incluyen:

- Enfoque en la prevención y derivación a camas subagudas y abiertas de tratamiento residencial, así como camas residenciales de crisis que ayudarán a descomprimir las camas de hospital del Condado.
- Asegurar la financiación de la Medida J para ampliar las camas de tratamiento (UCC, centros de desintoxicación, CRTP, relevos de cuidado); aguda, subaguda, alojamiento y cuidado, y vivienda congregada; y 50 equipos LET adicionales para servir a diferentes partes del Condado.
- Aumentar las opciones de colocación en varios niveles de atención para ayudar a llenar los vacíos actuales o la falta de disponibilidad de recursos de referencia de "back-end" para desvío y vinculación.

✓ SERVICIOS DE CRISIS ALTERNATIVOS			
Antes del Año Fiscal 2019-20		Antes del Año Fiscal 2018-19	
33.458 Total Número servido ¹	\$119,4 millones Gastos Brutos Totales	25.449 Total Número servido	\$117,3 millones Gastos Brutos Totales
Año Fiscal 2021-22		Plan trienal para los años fiscales 2021-24	
29.453 Total Número servido ²	\$133,5 millones Gastos Brutos Totales	\$419,8 millones Gastos Brutos Totales	

Notas

- 1 Número total de servicios del año anterior: Número de clientes no duplicados que reciben los servicios directos del modo 15, no incluidos los servicios de extensión comunitaria o los servicios de apoyo al cliente.
- 2 Número total de servicios del año fiscal 2021-22: Refleja un promedio de dos años anteriores

seadquid

D. Vivienda

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input type="checkbox"/> Niños De 0 a 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> TAY De 16 – 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto De 24 – 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos mayores Mayor de 60 años

Descripción del Programa

El Programa de Vivienda desarrolla y administra recursos de vivienda y programas de salud mental para personas sin hogar y que sufren de SMI o SED; y ofrecen programas de empleo y educación; capacitación de asistencia técnica; y defensa de la vivienda, el empleo y la educación.

Programas de Servicios de Apoyo para Vivienda y Vivienda de LACDMH:

- Programa de Cuidado Residencial Enriquecido (ERC)
- Programa Federal de Subsidios a la Vivienda
- Programa de Asistencia a la Vivienda (HAP)
- Vivienda para la Salud Mental (HFMH)
- Programa de Servicios de Gestión Intensiva de Casos (ICMS)
- Programa Provisional de Vivienda (IHP)
- Programa de Vivienda de Salud Mental
- Programa de Vivienda y Necesidades Especiales de MHSA
- Ningún Lugar Como el Hogar (No Place Like Home)

Resultados Previstos

- Ayudar a los clientes de LACDMH sin hogar a obtener vivienda provisional y vivienda permanente
- Ayudar a los clientes de LACDMH que viven en viviendas permanentes a conservar la vivienda
- Aumentar el número total de viviendas de apoyo provisionales y permanentes (PSH) y subsidios de alquiler dirigidos a clientes de LACDMH

Actividades Clave

- Ofrecer alojamiento provisional inmediato y servicios de apoyo a los clientes de LACDMH que no tienen hogar para sacarlos de la calle
- Brindar asistencia financiera para ayudar a los clientes de LACDMH a pasar de no tener hogar a la vivienda permanente (por ejemplo, subsidios de alquiler, depósitos de seguridad, asistencia de servicios públicos, mobiliario, bienes domésticos, etc.)
- Proporcionar servicios de salud mental, gestión de casos y retención de viviendas a clientes de LACDMH que anteriormente estaban sin hogar y que vivían en alojamientos permanentes
- Invertir en el desarrollo de capital de PSH para personas sin hogar y tienen un SMI/SED en asociación con la Autoridad de Desarrollo del Condado de Los Ángeles (LACDA) y a través del uso del financiamiento de No Place Like Home y la gestión de la cartera actual de PSH para asegurar que llegue a la población a la que se dirige.

Año fiscal 2019-20 ✓ VIVIENDA Datos y Resultados

Durante el año fiscal 2019-20, LACDMH continuó con su inversión en el desarrollo de PSH para personas sin hogar o crónicamente sin hogar y familias que viven con SMI o trastorno emocional grave.

Tabla 19. Número de nuevos desarrollos por población objetivo en el año fiscal 2019-20

Población objetivo	Número de acontecimientos	Número de unidades
TAY	7	168
Adultos	33	1.158
Adultos mayores	11	338
Familias	3	83
Veteranos	3	127
Total	57	1.854

A través del Programa No Place Like Home, financiado por MHSA y en colaboración con la Autoridad de desarrollo del Condado de Los Ángeles, \$390 millones se comprometieron para el desarrollo de 57 nuevos desarrollos de vivienda de MHSA, los cuales sumarán 1.854 unidades de MHSA al recuento total de unidades del condado. Estos nuevos desarrollos de viviendas están dirigidos a diversos grupos de edad, como se indica en este cuadro.

Población objetivo	Número de acontecimientos	Número de unidades
TAY	20	335
Adultos	73	1.978*
Adultos mayores	23	588
Familias	18	513**
Veteranos	6	194
Total	140	3.608

*24 de las 1.978 unidades están dirigidas a veteranos no elegibles para atención médica.

**12 de las 513 unidades están dirigidas a veteranos no elegibles para atención médica.

Con nuevas entradas y salidas durante el año fiscal 2019-20, LACDMH proporcionó alojamiento a un total de 996 clientes junto con 584 miembros adultos adicionales de la familia y 284 menores. Mientras que 905 de estos clientes seguían en sus unidades a finales del año fiscal, 91 clientes habían salido de la vivienda reflejando una tasa de retención del 91%.

D1. Programa Federal de Subsidios a la Vivienda

Además de las unidades PSH de MHSA, LACDMH aumentó su número de unidades PSH basadas en inquilinos a 2.399 en el año fiscal 2019-20 a través de 18 contratos con las Autoridades de Vivienda de la Ciudad y el Condado de Los Ángeles. Estos contratos brindan a los clientes de LACDMH que no tienen hogar el acceso a subsidios federales de PSH basados en inquilinos, tales como Shelter Plus Care, Viviendas de Apoyo Basadas en Inquilinos, Vales Mainstream y Sección 8. Los subsidios federales hacen que las unidades sean asequibles al permitir que los clientes paguen un porcentaje limitado de sus ingresos como alquiler, con el saldo pagado al propietario de la vivienda por la Autoridad de Vivienda. Es posible acceder a los servicios financiados por la MHSA de LACDMH a través del programa de Subsidios de Vivienda Federal y se utilizan como la correspondencia federal requerida para Shelter Plus Care. Los médicos y administradores de casos de LACDMH ayudan a sus clientes sin hogar a acceder a estos recursos de vivienda apoyándolos a través del proceso de solicitud, entrevista y ubicación del alojamiento y luego entregando los servicios de apoyo necesarios para mantener su vivienda.

Con nuevos movimientos y salidas durante el año fiscal, LACDMH proporcionó alojamiento a 2.045 clientes junto con 96 familiares adultos adicionales y 691 menores. Trescientos veinticuatro clientes arrendaron recientemente durante el año fiscal, mientras que 89 familias abandonaron la vivienda reflejando una tasa de retención del 96%.

D2. Vivienda para la Salud Mental (HFMH)

En el año fiscal 2019-20, se reservaron \$10 millones de fondos de MHSA para lanzar HFMH, que prevé subsidios de alquiler continuos, así como fondos para depósitos de seguridad, asistencia de servicios públicos y bienes de hogar. Este programa está dirigido a personas altamente vulnerables con SMI que están inscritas en un programa de FSP y están sin hogar y/o están involucradas en la justicia penal. Veinte por ciento de los subsidios de vivienda están reservados para los clientes de FSP referidos por la Oficina de Derivación y Reingreso del DHS (ODR).

El Programa HFMH también trabaja en estrecha colaboración con los equipos de Servicios Intensivos de Casos (ICMS) del DHS que trabajan junto con los equipos del FSP para ayudar a los clientes con el proceso de vivienda y con Brilliant Corners, que sirve como administrador de los subsidios del HFMH.

Haciendo uso de estos \$10 millones, LACDMH ha podido asignar 413 vales de subsidio de vivienda de HFMH a través de 17 programas FSP y ODR. Los programas FSP y ODR, a su vez, refieren a los clientes a estos vales de HFMH.

Cuadro 21. Número de remisiones por tipo de vivienda permanente

Vivienda permanente	Nuevas Referencias	Nuevos movimientos
Vivienda basada en inquilinos	224	113
Vivienda Basada en Proyectos	90	59
Instalaciones residenciales con licencia	16	10
Vivienda compartida	1	1
Total	331	183

Al 30 de junio de 2020, 331 personas habían sido remitidas para obtener vales de HFMH y 183 se habían trasladado a una vivienda permanente. Reconociendo que las necesidades de vivienda de los clientes referidos pueden variar, los vales de HFMH pueden usarse para varios tipos de PSH, incluyendo vivienda basada en inquilinos, vivienda basada en proyectos de uno de los ocho desarrollos de vivienda asociados, vivienda en instalaciones residenciales autorizadas y vivienda compartida. La tabla detalla los tipos de PSH a los que se remitieron y trasladaron clientes en el año fiscal 2019-20. LACDMH espera que estas cifras sigan creciendo en el año fiscal 2020-21 a medida que el programa HFMH entre en su segundo año.

D3. Programa de Asistencia a la Vivienda (HAP)

HAP utiliza una variedad de fuentes de financiación, incluyendo MHSA, para ayudar a los clientes sin hogar de servicios de salud mental que tienen ingresos limitados o no tienen ingresos con los costos de traslado necesarios para la transición de la falta de vivienda a la vivienda permanente. El programa ofrece asistencia en siete áreas, incluyendo Depósitos de Seguridad, Depósitos de Servicios Públicos, Bienes para el Hogar, Asistencia de Alquiler Única, Asistencia de Alquiler Continua, Subsidios de Prevención de Desalojo y Alquiler Permanente a través del Fondo Flexible de Subsidios de Vivienda (FHSP).

Tabla 22. Número de clientes atendidos por los componentes del programa

Servicios Proporcionados	Número de Clientes	Gastos
Depósitos de seguridad	151	\$208.879
Depósitos de servicios públicos	38	\$8.846
Bienes de hogar	672	\$667.433
Asistencia de alquiler única	6	\$7.447
Asistencia de alquiler en curso	131	\$779.332
Prevención del desalojo	29	\$24.169
Subsidios de alquiler de FHSP	55	\$788.476
TOTAL	1.082	\$2.484.581

Al 30 de junio de 2020, el HAP prestó asistencia financiera a 1.082 personas/hogares por un total de \$2,48 millones. Esta tabla refleja los servicios que fueron financiados a través de MHSA y otros fondos y el número de personas atendidas.

Además de los servicios de HAP descritos anteriormente, el LACDMH también entregó algunos fondos específicos para cada edad. En el año fiscal 2019-20, 20 clientes TAY que participaban en programas gestionados directamente recibieron asistencia de vivienda, incluyendo alquiler y costos de mudanza por un total de \$45.000. Además, los fondos de Servicios de Apoyo al Cliente de FSP para Adultos operados directamente se utilizaron para la compra de bienes y/o servicios que apoyan al individuo para permanecer en la comunidad y vivir de forma independiente. Con este fin, 66 clientes de salud mental fueron asistidos durante el año fiscal 2019-20 con unos gastos totales de \$80.000.

D4. Programa de Atención Residencial Enriquecida (ERC)

ERC ofrece subsidios de vivienda para los clientes de LACDMH con SMI que necesitan apoyo en el cuidado y supervisión por parte de una Residencia para Adultos (ARF) o una Residencia de Atención a Adultos Mayores (RCFE) para vivir sin problemas en la comunidad. Estas instalaciones desbloqueadas con licencia estatal brindan a los residentes atención y supervisión las 24 horas, administración de medicamentos, tres comidas al día y asistencia con las actividades diarias. Los fondos de MHSA se utilizan para pagar el alquiler del cliente en la instalación y los gastos personales e incidentales (P&I) en caso de que el cliente no tenga ingresos adecuados para pagar por ello. Los fondos de MHSA también se utilizan para ofrecer a la instalación una tasa mejorada según sea necesario para cubrir los costos de los servicios mejorados que un cliente especialmente grave y con necesidades complejas pueda requerir debido a su enfermedad mental.

Los clientes que reciben solo fondos de tarifas mejoradas son quienes reciben Ingresos de seguridad suplementarios (SSI) o tienen acceso a otros fondos que pueden cubrir los costos de alquiler y P&I. Es requisito del programa que todos los clientes elegibles para SSI reciban ayuda para solicitar SSI.

Tabla 23. Número de nuevas

Tipo de financiación	Total, de nuevos movimientos	Censo final (al 6/30/20)
Alquiler, P&I y tarifa mejorada	161	161
Solo tarifa mejorada	95	411
Total	256	572

Al 30 de junio de 2020, el Programa ERC estaba atendiendo a un total de 572 clientes. El número total de nuevos clientes que se mudaron a un ARF o RCFE con apoyo de ERC en el año fiscal 2019-20 fue de 256.

D5. Programa Provisional de Vivienda (IHP)

El IHP está destinado a ofrecer servicios de alojamiento a corto plazo a adultos con enfermedades mentales y a sus hijos menores sin hogar y sin ingresos suficientes para pagar la vivienda temporal. Sirviendo como puente hacia la vivienda permanente, los sitios de IHP entregan a los clientes un refugio seguro y limpio, supervisión general las 24 horas, tres comidas al día, ropa de cama, vestimenta y artículos de tocador.

Tabla 24. Número de camas/unidades atendidas

Tipo de financiación	Total, de nuevos movimientos	Censo final (al 6/30/20)
Individuos	430	1.129
Familias	74	153
Total	504	1.282

Los fondos de la MHSA permitieron al PHI contratar 504 camas en 19 sitios. Esto incluía 430 camas individuales y 74 unidades familiares. Utilizando estos recursos, el PHI pudo atender a un total de 1.129 personas y 153 familias en el ejercicio fiscal 2019-20.

De acuerdo con los resultados de los usuarios que abandonaron el programa, el 36% pasó a una vivienda permanente, incluida la vivienda subvencionada, a través de programas de vales como Sección 8, Shelter Plus Care, reubicación rápida y el fondo de subsidios de vivienda flexible; viviendas sobrias; viviendas compartidas; apartamentos no subvencionados; ARF/RCFE y vivir con amigos o familiares. El trece por ciento pasó a vivienda de transición o provisional mientras que el 10 por ciento regresó a la falta de vivienda y el seis por ciento entró en hospitales o cárceles. Un 35 por ciento adicional hizo una transición a un destino desconocido.

Años fiscales 2021-24 ✓ VIVIENDA Trabajo Continuo

Para los años fiscales 2021-24, LACDMH continuará las actividades clave indicadas para ayudar a los clientes sin hogar a obtener y retener viviendas provisionales y permanentes. Al mismo tiempo, LACDMH continúa buscando oportunidades para aumentar sus recursos de vivienda y asegurar que los recursos existentes satisfagan las diversas necesidades de los que reciben servicios. Las actividades recientes y los planes futuros incluyen:

- Rediseñar el programa Housing FSP para mejorar el diseño del programa y el modelo de servicio. El nuevo Programa de servicios de apoyo a la vivienda (HSSP) entrará en vigor el 1 de julio de 2021 y continuará prestando servicios a los clientes de LACDMH que anteriormente estaban sin hogar y ahora viven en PSH
- Asegurar el financiamiento de la Medida J para la expansión de la vivienda que se corresponda con el modelo "Care First" de Alternativas a la encarcelación (ATI)
- Presentar una solicitud de \$6,0 millones a la Administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental (SAMHSA) para aumentar los fondos para el Programa ERC. Si se aprueba, LACDMH estima ayudar a financiar las colocaciones de instalaciones residenciales autorizadas para 283 nuevos clientes
- Utilizar \$11,7 millones de fondos existentes únicos de MHSA para ayudar a mejorar el sistema de cuidado de instalaciones residenciales con licencia en el condado que sirve a los beneficiarios de Ingreso de seguridad suplementario (SSI), incluyendo muchos clientes de LACDMH e iniciar:
 - ✓ Asociación de miembros para gestores de instalaciones que facilitarán la colaboración en torno a las mejores prácticas, capacitación, atención al cliente y promoción
 - ✓ Programa de subsidios de mejoras de capital para abordar cuestiones de mantenimiento diferido (reparaciones, tecnología, etc.) que podrían amenazar las gestiones de las instalaciones. También se aprovechará la financiación adicional de los socios filantrópicos las evaluaciones de las necesidades de capital del fondo y la investigación que analizará las estructuras operativas y de propiedad de estas instalaciones
 - ✓ Sistema de seguimiento de camas que permitirá a las instalaciones compartir información más fácilmente en camas disponibles con proveedores de salud mental y miembros de la comunidad
- Utilizar \$0,5 millones de fondos de la Conrad N. Hilton Foundation para atender las necesidades de vivienda a corto plazo de las personas liberadas de la prisión que están vinculadas y reciben servicios de salud mental de proveedores de servicios de LACDMH
- Continuar asignando la financiación restante de No Place Like Home, de los cuales \$100,0 millones han sido reservados para desarrollar PSH en los sitios de Aldea de Cuidado Restaurativo (Restorative Care Village) en los campus de salud del condado.
- Proponer la implementación del proyecto Trieste INN asociándose con la Primera Iglesia Presbiteriana de Hollywood (FPCH) para desarrollar e implementar un proyecto de dos fases que realizará la transición y proporcionará servicios a personas en esa área que están experimentando la falta de vivienda y que sufren de SMI a un modelo de vivienda innovador, sin barreras, que se prevé sea una Aldea Pop-Up. Un acuerdo formal con la FPCH estaría sujeto a la aprobación de la Junta.

✓ VIVIENDA	
Antes del año fiscal 2019-20	Antes del año fiscal 2018-19
\$22,4 millones Gastos Brutos Totales	\$76,2 millones Gastos Brutos Totales
AÑO FISCAL 2021-22	Plan trienal para los años fiscales 2021-24
\$35,4 millones Gastos Brutos Estimados	\$105,6 millones Gastos Brutos Estimados

Actualmente, el recuento único de clientes es solo para programas de MHSA con Servicios directos de modo 15 (FSP, Servicios para usuarios externos y Servicios alternativos de crisis). LACDMH está trabajando para fortalecer sus métodos de recolección de datos y así capturar mejor los datos de salida.

Todas las cantidades en dólares que figuran en este cuadro se indican a costos brutos y no incluyen ningún costo de administración del programa.

E. VINCULACIÓN

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población prioritaria	<input type="checkbox"/> Niños De 0 a 17 años	<input type="checkbox"/> TAY De 16 – 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto De 24 – 59 años	<input type="checkbox"/> Adultos Mayores de 60 años

Descripción del Programa

Vinculación ofrece una programación que trabaja con aquellos en la comunidad para conectarlos con servicios esenciales que incluyen tratamiento, vivienda y otros programas de servicios de salud mental en todo el condado.

Programas de Vinculación:

- Servicios de transición carcelaria y vinculación.
- Vinculación judicial de salud mental.
- Navegación en el área de servicio.

Resultados Previstos

La programación de Vinculación involucra esfuerzos conjuntos de planificación para asegurar que una red activa de apoyo local compuesta de socios comunitarios, incluyendo organizaciones comunitarias, otros departamentos del condado, personal intradepartamental, escuelas, programas de servicios de salud, organizaciones religiosas y grupos de autoayuda y defensa puedan:

- Aumentar el acceso a los servicios de salud mental y fortalecer la red de los servicios disponibles para los clientes en el sistema de salud mental
- Promover la conciencia de los problemas de salud mental y el compromiso con la recuperación, el bienestar y la autoayuda
- Comprometerse con personas y familias para identificar de forma rápida los servicios disponibles actualmente, incluyendo apoyos y servicios adaptados a la identidad cultural, étnica, de edad y de género de un cliente

Actividades Clave

- Ayudar al sistema judicial con evaluaciones individuales de las necesidades de servicio de los acusados, vincular a estos con programas de tratamiento y ofrecer apoyo y asistencia a los acusados y sus familias
- Ayudar a un equipo multidisciplinar a considerar la elegibilidad y la idoneidad de los candidatos para una derivación rápida previa al juicio y la vinculación con los servicios de tratamiento
- Desarrollar sentencias alternativas, derivaciones de salud mental y planes posteriores a la liberación que consideren las alternativas de tratamiento más adecuadas y las estipulaciones del tribunal

Año fiscal 2021-24 ✓ **VIVIENDA** Datos y resultados

E1. Servicios de Transición Carcelaria y Vinculación

Contactos con Clientes: 2,555

Este programa aborda las necesidades de las personas en colaboración con el sistema judicial mediante la identificación, divulgación, apoyo, promoción, vinculación, y colaboración interinstitucional en la sala del tribunal y en la cárcel. El personal de Vinculación trabaja con los Navegadores del Área de Servicio de MHSA, así como con los proveedores de servicios para ayudar a los individuos encarcelados a acceder a niveles apropiados de servicios de salud mental y apoyo en su liberación de la cárcel, incluyendo vivienda, beneficios y otros servicios, según lo indicado por las necesidades y situaciones individuales. El objetivo es vincular correctamente a las personas con los servicios basados en la comunidad al momento del alta para prevenir liberarlos a

las calles, evitando así la puerta giratoria de la encarcelación y los servicios innecesarios de emergencia/hospitalización psiquiátrica aguda.

E2. Vinculación Judicial de Salud Mental:

Contactos con Clientes: 5,300

Este programa cuenta con dos subprogramas financiados por MHSA:

- El Programa de Enlace con Tribunales es una colaboración para resolver problemas entre LACDMH y la Corte Superior del condado de Los Ángeles. Está formado por un equipo de médicos de salud mental que están coubicados en los tribunales de todo el condado. Este programa basado en la recuperación sirve a adultos con una enfermedad mental o trastorno coexistente que están involucrados con el sistema de justicia criminal. Los objetivos del programa son: aumentar la coordinación y la colaboración entre los sistemas de justicia penal y salud mental, mejorar el acceso a los servicios y apoyos de salud mental y mejorar la continuidad de la atención.
- El Programa de Reintegración Comunitaria (CRP) ofrece una alternativa a la encarcelación para los acusados con una enfermedad mental, incluidos aquellos con abuso de sustancias coexistente. El objetivo de CRP y sus proveedores participantes es reintegrar a los clientes en la comunidad con las habilidades y recursos necesarios para mantener la estabilidad y evitar el arresto reincidente. Además, este programa ofrece admisión a dos instalaciones especializadas de contratos de salud mental para personas con enfermedades mentales que se encuentran involucrados en procesos judiciales y que voluntariamente aceptan tratamiento en lugar de encarcelamiento.

E3. Navegación en el Área de Servicio

Contactos con Clientes: 22,544

Los equipos de Navegación en el área de servicio ayudan a las personas y a las familias a acceder a servicios de salud mental y otros servicios de apoyo y también a establecer una red con organizaciones comunitarias para fortalecer la gama de servicios disponibles para los clientes del sistema de salud mental. Este tipo de redes crea portales de entrada en una variedad de entornos que harían posible el objetivo de largo alcance de "no entrar por la puerta equivocada".

Los siguientes gráficos reflejan los datos del año fiscal 2019-20 reportados por los Navegadores del Área de Servicio.

Figura 20. Número de contactos telefónicos y actividades de divulgación

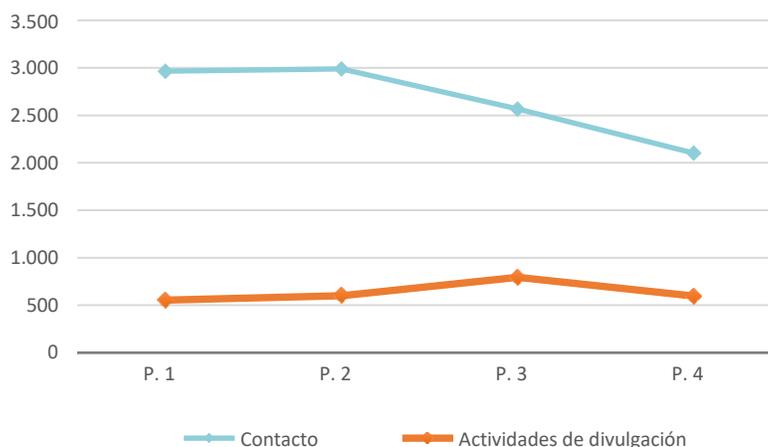


Figura 21. Número de clientes referidos a servicios FSP

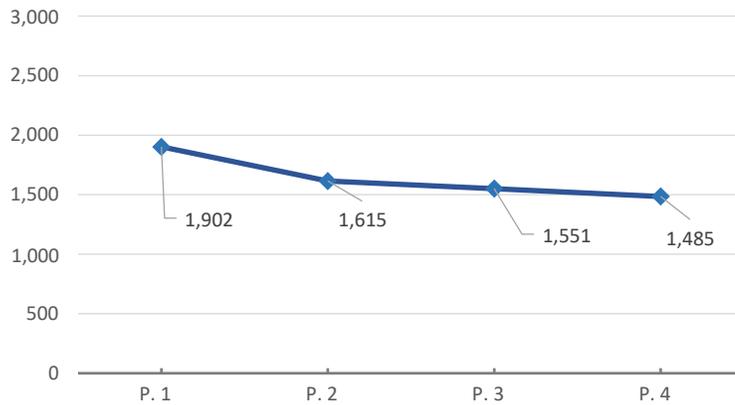
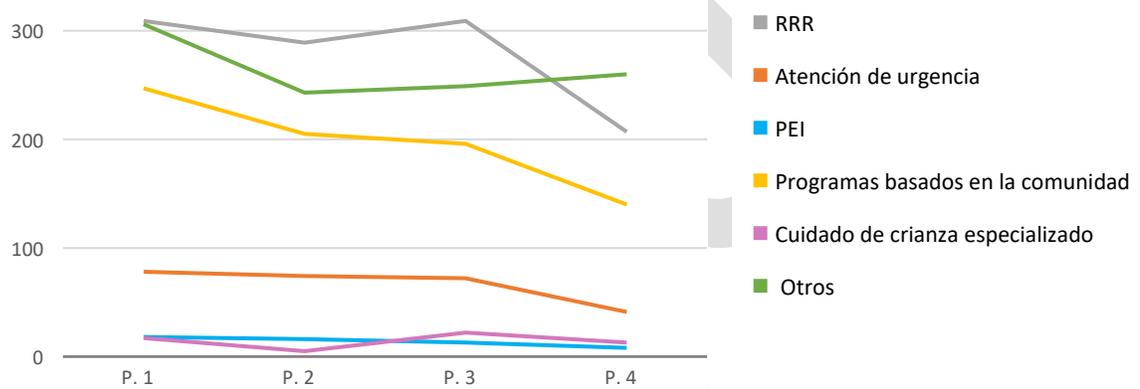


Figura 22. Número de clientes referidos a servicios no FSP



Años fiscales 2021-24 ✓ VIVIENDA Trabajo Continuo

Para los años fiscales 2021-24, LACDMH continuará las actividades clave indicadas a través de:

- Asegurar la financiación de la Medida J para ampliar la vinculación judicial a otros tribunales
- Ampliar los programas de derivación rápida a tribunales adicionales para mejorar el servicio a las necesidades significativas del condado
- Ampliar y mejorar las funciones de videoconferencia y capacidad en los tribunales, las instalaciones de reclusión y las cárceles para ofrecer servicios de derivación y enlace más eficiente y rápido a un mayor número de clientes, incluyendo el aprovechamiento de fuentes de recursos flexibles y factores de economía de venta.
- Crear canales/vías de comunicación directa y una buena coordinación entre el sistema judicial y los recursos de derivación y enlace, incluyendo programas de servicios gestionados de forma directa y contratados por LACDMH.

■ VINCULACIÓN	
Antes del año fiscal 2019-20	Antes del año fiscal 2018-19
\$18,5 millones Gastos Brutos Totales	\$16,6 millones Gastos Brutos Totales
AÑO FISCAL 2021-22	Plan trienal para el año fiscal 2021-24
\$27,1 millones Gastos Brutos Estimados	\$85,0 millones Gastos Brutos Estimados

Actualmente, el recuento único de clientes es solo para programas de MHSA con Servicios directos de Modo 15 (FSP, Servicios ambulatorios y Servicios alternativos de crisis).

Todos los importes en dólares de este cuadro se indican en cifras de costos brutos y no incluye gastos de administración de ningún programa.

se requiera

F. PLANIFICACIÓN, DIVULGACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input type="checkbox"/> Niños Edades 0-17	<input checked="" type="checkbox"/> TAY Edades 16 - 24	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Edades 24 - 59	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Mayores Edades 60+
<p>Descripción del Programa</p> <p>Una de las piedras angulares de la MHSA es empoderar a las poblaciones étnicas subrepresentadas. En junio de 2007, el LACDMH estableció la Unidad de Comunidades Culturales Subrepresentadas (Underserved Cultural Communities Unit, UsCC) para desarrollar una plataforma de partes interesadas para las comunidades étnicas y culturales históricamente subatendidas en el Condado de Los Ángeles. Se establecieron subcomités para trabajar estrechamente con las diversas poblaciones étnicas y culturales subrepresentadas / subatendidas con el fin de abordar sus necesidades individuales.</p> <p>Subcomités de la UsCC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Africanos/Afroamericanos ▪ Indios Americanos/Nativos de Alaska ▪ Asiáticos de las Islas del Pacífico ▪ Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos ▪ Europeos del Este/Personas de Oriente Medio ▪ Latinos ▪ Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Transgénero, Inseguros, Intersexuales, Asexuales y Dos Espíritus (LGBTQIA2-S) <p>A cada subcomité de la UsCC se le asigna una financiación única por un total de \$200.000 por año fiscal para centrarse en proyectos de desarrollo de capacidades basados en la CSS. Esta oportunidad única aprovecha la sabiduría y la experiencia colectiva de los miembros de la comunidad para determinar las mayores necesidades y prioridades de sus comunidades. Las propuestas de proyectos se crean y presentan mediante un enfoque participativo y basado en el consenso.</p> <p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la concienciación sobre la salud mental en todas las comunidades del condado - Identificar y abordar las disparidades entre las poblaciones seleccionadas - Reducir la discriminación por estigma educando y capacitando a las comunidades para que comprendan la importancia del cuidado de la salud mental - Facilitar el acceso a la atención de los servicios de salud mental prestados por el LACDMH y los proveedores contratados <p>Actividades Fundamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llegar a las comunidades de todo el condado mediante la realización de conferencias y eventos especiales - Informar y educar a los miembros de la comunidad a través de diversos medios de comunicación e impresos, así como de presentaciones sobre la salud mental en la comunidad - Llevar a cabo encuestas para recopilar resultados para el análisis de datos para continuar con las actividades de planificación, divulgación y participación - Conseguir la ayuda de los miembros de la comunidad para que colaboren en las actividades de divulgación y participación 				

AF 2019-20 ✓ PLANIFICACIÓN, DIVULGACIÓN Y PARTICIPACIÓN Datos y Resultados

En el año fiscal 2019-20, el personal de divulgación del Área de Servicio asistió a múltiples eventos con 58.375 participantes. La población consistió en la comunidad en general de las UsCC. El personal difundió información sobre salud mental en ferias de empleo, eventos para veteranos, universidades, bibliotecas, eventos comunitarios y actividades en centros locales para personas mayores.

Tabla 25. Participantes del evento por Área de Servicio

Área de Servicio	Número de Participantes
AS1 – Antelope Valley	13,170
AS2 – San Fernando Valley	7,216
AS3 – San Gabriel Valley	5,893
AS4 – Metro Los Angeles	3,370
AS5 – West Los Angeles	5,998
AS6 – South Los Angeles	9,206
AS7 – East Los Angeles County	8,224
AS8 – South Bay	5,298

A continuación, se muestra un resumen de los proyectos aprobados para el año fiscal 2019-20 para cada uno de los siete subcomités de la UsCC. En cumplimiento de las medidas de distanciamiento social, la ejecución de algunos de los proyectos de desarrollo de capacidades de la UsCC se llevó a cabo utilizando una gran variedad de plataformas virtuales.

A. SUBCOMITÉ DEL PATRIMONIO NEGRO Y AFRICANO DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de la Red de Agentes del Cambio Comunitarios</p> <p>El propósito del proyecto es difundir la concienciación sobre la salud mental, la educación y los recursos comunitarios a los miembros de la comunidad afroamericana que residen en AS 6 - South Bay y AS 8 - South Bay.</p> <p>Este proyecto tiene como objetivo educar y empoderar a la comunidad afroamericana sobre la importancia del cuidado de la salud mental para crear conciencia y conexiones comunitarias mediante la formación de miembros de la comunidad para convertirse en Educadores de Agentes del Cambio Comunitarios (Community Agents of Change Educators, CACE). Además, este proyecto tiene como objetivo aumentar la participación de los miembros de la comunidad en el proceso de las partes interesadas del LACDMH.</p> <p>Este proyecto incluye dos componentes: 1) la facilitación de grupos de discusión de las partes interesadas de la comunidad que ayudarán a desarrollar un plan de estudios de divulgación y participación culturalmente receptivo; el reclutamiento de miembros de la comunidad y voluntarios; y la formación de miembros de la comunidad que residen en las AS 6 y 8 para convertirse en CACE; y 2) CACEs para llevar a cabo presentaciones sobre la salud mental de la comunidad a nivel de base y/o actividades de apoyo de divulgación y compromiso individuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doce (12) CACEs recibieron formación para realizar presentaciones sobre la salud mental en la comunidad. ▪ Se completaron con éxito veintidós (22) presentaciones sobre la salud mental en la comunidad. ▪ Hasta la fecha, 408 miembros de la comunidad han sido formados sobre la educación básica de la salud mental y la accesibilidad a los servicios en el condado de Los Ángeles. ▪ Se han programado ocho (8) presentaciones comunitarias adicionales para el mes de febrero de 2021. ▪ La finalización de este proyecto está prevista para el 28 de febrero de 2021.

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Red de Embajadores Jóvenes Afroamericanos de la Comunidad</p> <p>El propósito del proyecto es educar y empoderar a los jóvenes afroamericanos sobre la importancia del cuidado de la salud mental para crear conciencia y conexiones con la comunidad.</p> <p>Este proyecto fomentará la concienciación sobre la salud mental a través de talleres educativos, las artes (danza, música, teatro, poesía, etc.) y otras actividades de divulgación y compromiso que sean culturalmente adecuadas para esta comunidad. Este proyecto se dirige a los jóvenes afroamericanos de 12 a 25 años del AS1.</p> <p>Este proyecto incluyó dos componentes: 1) la facilitación de grupos de discusión de las partes interesadas de la comunidad que ayudaron a desarrollar un plan de estudios de divulgación y compromiso culturalmente sensible dirigido a los jóvenes afroamericanos de 12 años o más, así como el reclutamiento de jóvenes negros de 18 a 25 años, que serán capacitados para llevar a cabo las actividades de divulgación y compromiso; y 2) presentadores afroamericanos capacitados para llevar a cabo presentaciones sobre la salud mental en la comunidad a nivel de base a través de talleres educativos, las artes y otras actividades culturales relevantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se reclutó y formó a siete (7) jóvenes negros para realizar presentaciones virtuales sobre la salud mental en la comunidad. ▪ Hasta la fecha, los jóvenes han realizado veinte (20) presentaciones sobre la salud mental en la comunidad. ▪ Hasta la fecha, 273 jóvenes negros de entre 12 y 25 años han participado en las presentaciones virtuales sobre la salud mental en la comunidad. ▪ La finalización de este proyecto está prevista para el 28 de febrero de 2021.

B. SUBCOMITÉ DE INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA (IA/AN) DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Simposios de la Comunidad AI/AN</p> <p>El propósito del proyecto de los Simposios Comunitarios fue el de involucrar, empoderar e incorporar a la comunidad AI/AN en las conversaciones sobre la salud mental y las formas tradicionales de curación.</p> <p>Los asistentes a los Simposios Comunitarios tuvieron la oportunidad de aprender más sobre algunas de las necesidades específicas de salud mental de la comunidad AI/AN y las formas tradicionales de curación que son practicadas por los miembros de la comunidad. En total, se celebraron cinco simposios durante las fechas siguientes: 2019 – 28 Sep, 12 Oct, 9 Nov 2020 – 11 Ene, 8 Feb</p> <p>Entre los temas del simposio se incluyeron las formas tradicionales de curación, la educación indígena, el arte y la música como medicina, la prevención del suicidio y la reducción de daños, y el trauma histórico a la resiliencia intergeneracional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un total de 339 participantes asistieron a los Simposios Comunitarios. ▪ Se recogieron doscientas (200) pruebas previas y posteriores. ▪ En general, los participantes informaron de un aumento de los conocimientos entre la prueba previa y la posterior en relación con los problemas de salud mental que experimenta la comunidad AI/AN (aumento del 15,75%), así como de las formas tradicionales de curación para esta población (aumento del 10%). ▪ Este proyecto se completó el 30 de abril de 2020.
<p>Proyecto de Anuncios de Servicio Público (PSA) Educativos de IA/NA</p> <p>Se contrató a un consultor de medios de comunicación para producir cinco PSAs de 60 segundos. La producción consistió en la preproducción (desarrollo creativo, conceptos, ideas, desarrollo/aprobación de guiones, reuniones de desarrollo, desgloses, reparto), producción/filmación y postproducción (edición, narración y entrega).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se elaboraron un total de cinco PSAs. ▪ El consultor realizó grupos de debate con miembros de la comunidad IA/NA para determinar el tema de los PSAs. ▪ Los cinco PSAs abordaron los siguientes temas: Subcomité IA/NA de la UsCC (75 segundos); Centro de Asesoramiento para Indios Americanos (30 segundos); La Cueva Oscura (75 segundos); Paraguas de la Confianza (60 segundos); y El Hombre Invisible (105 segundos). ▪ Los cinco anuncios de servicio público se publicaron en el sitio web y en las páginas de YouTube del LACDMH y se están utilizando como herramientas para promover la educación sobre la salud mental y la accesibilidad de los servicios dirigidos a la comunidad IA/NA. ▪ El proyecto fue completado el 31 de mayo de 2020.

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Muestra de Vídeos de AI/NA</p> <p>Se contrató a un consultor de medios de comunicación para que realizara un proyecto de Muestra de Vídeos que incluyera dos vídeos. El primer vídeo era de 12 minutos, en el que se destacaba el Centro de Asesoramiento para Indios Americanos (American Indian Counseling Center, AICC), una clínica gestionada directamente por el LACDMH que presta servicios a la comunidad de indios americanos. Este video fue desarrollado con la intención de ser reproducido en la clínica y proporcionar a los espectadores información sobre cómo acceder a los servicios, lo que el proceso de acceso a los servicios puede implicar, y los servicios que se pueden proporcionar, incluyendo la admisión, la gestión de casos, la gestión de la medicación, el asesoramiento sobre el abuso de sustancias, los recursos de vivienda, etc.</p> <p>El segundo vídeo era de cinco minutos de duración, en el que se destacaba al AICC, así como a otros proveedores que prestan servicios a la comunidad IA/NA. Este vídeo se desarrolló con la intención de ser reproducido en plataformas de redes sociales. La producción consistió en la preproducción (desarrollo creativo, conceptos, ideas, desarrollo/aprobación del guion, reuniones de desarrollo, desgloses, reparto), producción/filmación y postproducción (edición, narración y entrega).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El consultor colaboró con los miembros de la comunidad AI/AN para desarrollar los conceptos de los dos vídeos y asistió a las reuniones de AI/AN para captar imágenes adicionales. ▪ Una vez finalizados, ambos vídeos se publicaron en el sitio web y en las páginas de YouTube del LACDMH y se están utilizando como herramientas para promover la educación sobre la salud mental y la accesibilidad de los servicios dirigidos a la comunidad AI/AN. ▪ Este proyecto se completó el 28 de febrero de 2020.
<p>Conferencia sobre la Salud Mental de IA/NA</p> <p>Una de las recomendaciones del Subcomité IA/NA de la UsCC fue la de planificar y coordinar la Conferencia IA/NA de Salud Mental de los Nativos de 2019: "Salud y Resiliencia de los Nativos". La conferencia tuvo lugar el 12 de noviembre de 2019.</p> <p>Los objetivos de la conferencia eran informar a los participantes sobre los problemas de salud mental específicos de la comunidad IA/NA; mejorar la capacidad de los participantes para reconocer cuándo remitir a un miembro de la comunidad IA/NA para que reciba servicios de salud mental; proporcionar a los participantes información útil sobre los recursos de salud mental disponibles para los miembros de la comunidad IA/NA; y mejorar la capacidad de los participantes para proporcionar un tratamiento de salud mental culturalmente adecuado a los usuarios de la comunidad IA/NA. Se repartió una encuesta a todos los participantes al comienzo de la conferencia. Se recibieron un total de 97 encuestas completadas de las 207 personas que asistieron a la conferencia.</p>	<p>Los comentarios pusieron de manifiesto que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 96% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia les hizo más conscientes sobre los problemas de salud mental propios de la comunidad IA/NA - El 78% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia mejoró su capacidad para reconocer cuándo remitir a un miembro de la comunidad IA/NA a los servicios de salud mental - El 92% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que recibió información útil sobre recursos de salud mental para los miembros de la comunidad IA/NA - El 85% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia mejoró su capacidad para proporcionar un tratamiento de salud mental culturalmente apropiado a los usuarios IA/NA

C. SUBCOMITÉ ASIÁTICO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO (API) DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Cumbre del Bienestar API 2019</p> <p>Esta Cumbre del Bienestar AIP 2019 se celebró el 11 de abril de 2019 y tuvo como objetivo concienciar sobre cómo las intervenciones culturalmente competentes y los proveedores son vitales para la prevención, la intervención temprana y la recuperación de la comunidad AIP y contó con testimonios personales de usuarios AIP y sus familiares en sus trayectorias de recuperación.</p> <p>El tema de esta conferencia inaugural fue "Compartir Nuestras Historias de Resiliencia". Los talleres se centraron en el Autocuidado y la Gestión del Estrés para los Pares AIP; el Autocuidado y la Nutrición en la Salud Mental desde la Perspectiva de la Medicina Tradicional Asiática; el Abordaje de la Salud Mental en la Comunidad de Adultos Mayores AIP: Concienciación y Facilitación del Acceso a la Ayuda; Abuso de Sustancias y Adicciones en la Comunidad AIP, Tai Chai para el Bienestar Mental y Físico; y Resiliencia, Curación y Empoderamiento de los Asiáticos / Isleños del Pacífico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un total de 219 participantes asistieron a la conferencia, entre ellos 78 usuarios; 57 miembros de la comunidad; 34 miembros del personal del LACDMH; 19 miembros familiares; 14 Defensores de Pares; 13 Otros (no especificados); 2 Defensores Familiares; y 2 Promotores de Salud Mental. ▪ Los servicios de interpretación lingüística se prestaron en seis (6) idiomas diferentes, incluyendo: coreano, camboyano, cantonés, mandarín, tailandés y vietnamita. ▪ Cincuenta y siete (57) participantes utilizaron los servicios de interpretación. ▪ Se recogieron 99 Encuestas de los participantes tras la cumbre. La encuesta evaluó el impacto del evento en la concienciación y el conocimiento de los participantes sobre las enfermedades mentales. Los resultados indicaron lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - El 66% está muy de acuerdo o de acuerdo en que ha comprendido mejor la experiencia de recuperación de los usuarios AIP - El 92% está muy de acuerdo o de acuerdo en que comprende mejor la experiencia de recuperación de los familiares AIP - El 93% está muy de acuerdo o de acuerdo en que aprendió a apoyar y defender mejor a los usuarios AIP y a sus familiares - El 98% está muy de acuerdo o de acuerdo en que ha aprendido que las personas con enfermedades mentales pueden recuperarse de su condición - El 96% está muy de acuerdo o de acuerdo en que recibió información útil sobre los recursos de salud mental para el tratamiento y el apoyo a los miembros de la comunidad AIP - El 91% está muy de acuerdo o de acuerdo en que su capacidad para proporcionar un tratamiento de salud mental culturalmente adecuado a los consumidores AIP ha mejorado (sólo para médicos)
<p>Familias AIP – Apoyo durante la Recuperación</p> <p>Este proyecto pretende aumentar la concienciación sobre los problemas relacionados con la salud mental que experimentan los usuarios AIP y sus familiares para disminuir el estigma relacionado con la salud mental y fomentar el acceso temprano a los servicios.</p> <p>El objetivo general de este proyecto es elaborar un Folleto Informativo sobre Salud Mental diseñado específicamente para que los familiares y amigos de personas AIP comprendan el alcance de las enfermedades mentales, aborden sus temores y preguntas, y ofrezcan sugerencias sobre cómo cuidar y ayudar a sus seres queridos. Para elaborar el folleto, se realizaron entrevistas con informantes clave y grupos de discusión con familiares de personas AIP, grupos de apoyo de personas AIP y proveedores de servicios de salud mental que atienden a la comunidad AIP. El objetivo es comprender mejor los desafíos e identificar estrategias eficaces para ayudar a apoyar y guiar a los miembros de la familia AIP en sus esfuerzos por apoyarse a sí mismos y a su ser querido que sufre una enfermedad mental. Una vez elaborado, el folleto se traducirá a cinco idiomas AIP (concretamente: jemer, chino simplificado,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se llevaron a cabo once (11) grupos de discusión para recopilar datos cualitativos y cuantitativos con el fin de elaborar el Folleto Informativo sobre la Salud Mental AIP. ▪ Ochenta y tres (83) miembros de la comunidad participaron en los grupos de discusión; los participantes incluían a familiares y proveedores que hablaban diferentes lenguas AIP y representaban a diferentes grupos AIP. ▪ Debido a las directrices de distanciamiento social, la finalización de este proyecto se ha retrasado. La finalización de este proyecto está prevista para el 28 de febrero de 2021. ▪ El Folleto Informativo de Salud Mental AIP completado se publicará en la primavera de 2021. Se imprimirán y distribuirán copias del folleto entre los miembros de la comunidad y estará disponible en formato digital para todas las organizaciones comunitarias sin ánimo de lucro de todo el condado que sirvan a la comunidad AIP.

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>coreano, tagalo y vietnamita) y será distribuido a clínicas y agencias comunitarias que sirvan a usuarios y familiares AIP.</p>	
<p>AIP - Compartiendo Té, Compartiendo Esperanza</p> <p>Este proyecto tiene como objetivo incrementar la concienciación sobre la salud mental para disminuir el estigma relacionado con ella y fomentar el acceso temprano a los servicios dentro de la comunidad AIP. El objetivo de este proyecto es llevar a cabo la divulgación de la salud mental en la comunidad AIP utilizando un servicio móvil de té y / o salones de té virtuales a través de Zoom. Se reclutaron y capacitaron personas bilingües AIP como "Oyentes Comunitarios" para involucrar a los miembros de la comunidad AIP en varios eventos de divulgación con el objetivo de involucrarlos en discusiones sobre la salud mental y proporcionar información sobre temas y servicios de salud mental.</p> <p>Al compartir el té, el objetivo es crear un espacio para proporcionar educación sobre los signos y síntomas de las enfermedades mentales, los recursos de salud mental para reducir el estigma relacionado con las enfermedades mentales y las lagunas en la prestación de servicios de salud mental en las diversas comunidades AIP. Este proyecto está dirigido a las siguientes comunidades AIP: camboyana (jemer), china (mandarín o cantonés), filipina (tagalo), vietnamita y coreana. Las actividades de divulgación se centrarán en las zonas del condado en las que haya grandes concentraciones de miembros de la comunidad AIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se formó a cinco (5) miembros de la comunidad para que se convirtieran en "Oyentes Comunitarios". Una vez formado, el Oyente Comunitario debía realizar las presentaciones de salud mental en la comunidad dirigidas a cinco grupos AIP diferentes ▪ Hasta la fecha se han realizado diez (10) presentaciones de salud mental en la comunidad; 8 de las 10 presentaciones se realizaron utilizando una plataforma virtual debido a las directrices de distanciamiento social de la COVID-19. ▪ Este proyecto aún está en proceso y los resultados se compartirán una vez que se haya completado

D. SUBCOMITÉ DE PERSONAS SORDAS, HIPOACÚSICAS, CIEGAS Y CON DISCAPACIDADES FÍSICAS DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Desarrollo de ASP para Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos</p> <p>Este proyecto consistió en la colaboración con un consultor de medios de comunicación para desarrollar el concepto y producir un ASP de 30 segundos dirigido a las comunidades de Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos de todo el condado. El objetivo del ASP es promover los servicios de salud mental, aumentar la concienciación, reducir el estigma y aumentar la capacidad de nuestro sistema público de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El ASP de 30 segundos se desarrolló en colaboración con miembros de la comunidad, agentes culturales y personas con experiencia propia. ▪ Los miembros de las comunidades de Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos fueron representados en el ASP para incrementar la concienciación sobre salud mental. ▪ Para el AF 2021-22, el ASP se utilizará para lanzar una campaña en los medios de comunicación que tiene como objetivo reducir las disparidades de salud mental e incrementar el acceso a la salud mental para la comunidad de discapacitados del condado.
<p>Red de Pares para Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos</p> <p>El Proyecto de Red de Pares tiene como objetivo involucrar, empoderar y hacer participar a los miembros de la comunidad de Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos en la defensa y el activismo en torno a los problemas de salud mental que afectan a su comunidad. Los miembros de la comunidad con experiencia propia recibieron formación para convertirse en Defensores y Activistas de la Comunidad en temas relacionados con la salud mental. Además, se les encomendó la responsabilidad de realizar presentaciones en la comunidad sobre la salud mental y sus recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veintiséis (26) miembros de la comunidad recibieron formación para convertirse en Defensores y Activistas de la Salud Mental. Debido a la pandemia, 23 miembros abandonaron el proyecto y sólo tres estaban disponibles para las presentaciones comunitarias virtuales. En consecuencia, el formador y un miembro de la comunidad facilitaron la presentación. ▪ Hasta la fecha, se han realizado once (11) presentaciones comunitarias virtuales. Debido a las directrices de distanciamiento social y a cuestiones relacionadas con la accesibilidad a los servicios y dispositivos de Internet, solo han participado veintiocho (28) miembros de la comunidad. ▪ Este proyecto aún está en proceso y los resultados se compartirán una vez que se haya completado.

<p>Formación en Salud Mental Clínica para Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos</p> <p>Se puso a disposición del personal sanitario autorizado de las clínicas operadas directamente por el LACDMH y de los proveedores contratados una formación en salud mental que aborda específicamente las necesidades de salud mental y las modalidades de tratamiento relativas a la comunidad de Sordos, Hipoacúsicos, Ciegos y Discapacitados Físicos.</p> <p>El objetivo de este proyecto es ofrecer a los profesionales de la salud mental la oportunidad de formarse en la identificación y el tratamiento de las necesidades y los problemas de salud mental propios de esta comunidad. El consultor se encargó de elaborar el programa de formación y de facilitar las formaciones clínicas, de un día de duración, que se llevaron a cabo utilizando una plataforma virtual debido a las directrices de distanciamiento social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se llevaron a cabo grupos de discusión para desarrollar el plan de estudios de la formación en Salud Mental Clínica. ▪ Hasta la fecha, se han llevado a cabo siete (7) formaciones de Salud Mental Clínica; dos (2) formaciones se realizaron en persona y cinco (5) se llevaron a cabo utilizando una plataforma virtual debido a las directrices de distanciamiento social. ▪ Este proyecto está todavía en proceso y los resultados se compartirán una vez se haya completado.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E. SUBCOMITÉ DE EUROPA DEL ESTE/ORIENTE MEDIO DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Seminarios de Crianza para la Comunidad de Habla Árabe</p> <p>El proyecto fue diseñado para aumentar los conocimientos sobre las prácticas de crianza eficaces y la accesibilidad a los servicios de salud mental para los miembros de la comunidad de habla árabe. El seminario sobre crianza se impartió 12 veces en diferentes lugares del condado.</p> <p>El objetivo del proyecto era llevar a cabo los seminarios sobre la crianza y proporcionar información sobre la salud mental y la remisión a los servicios ofrecidos por el LACDMH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se llevaron a cabo doce (12) seminarios sobre crianza en todo el condado. ▪ Ciento ochenta y un (181) miembros de la comunidad participaron en los seminarios sobre crianza. ▪ La encuesta previa y posterior indicó que entre los que participaron en los seminarios sobre crianza, el 90% adquirió una mayor comprensión de los signos y síntomas de las enfermedades mentales y el 95% adquirió una sólida comprensión sobre cómo solicitar servicios de salud mental al LACDMH. ▪ Los comentarios cualitativos recibidos de parte de los participantes sugieren un éxito en los resultados previstos del programa. Quedó claro que estos servicios marcaron una diferencia tangible en muchos lugares, lo que se evidenció en el deseo de la comunidad de mantener servicios que antes no se ofrecían o sostenían y de ampliarlos con otras oportunidades y clases psicoeducativas. ▪ Utilización y aplicación de una educación culturalmente competente en materia de promoción/prevenición y tratamiento/intervención a través de una perspectiva diversa que incluye la diversidad de lugares donde se celebraron los seminarios, como mezquitas, Organizaciones Comunitarias Musulmanas, universidades, etc. Los miembros de la comunidad, que antes no compartían sus problemas personales, ahora participan tanto en los programas de bienestar de la comunidad (promoción/prevenición) como en los servicios de asesoramiento a los usuarios (tratamiento/intervención).
<p>El Proyecto del Programa Armenio de Salud Mental</p> <p>El Programa Televisivo Armenio de Salud Mental se creó para ayudar a incrementar el conocimiento y la concienciación sobre los problemas de salud mental y las modalidades de tratamiento y los servicios disponibles para la comunidad armenia. Se contrató a la Red de Televisión Armenio Rusa (Armenian - Russian Television Network, ARTN) para producir, dirigir, presentar y emitir este programa semanal sobre la salud mental en armenio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se produjeron treinta y cuatro (34) episodios de media hora (1/2 hora) que presentaban diversos temas relacionados con la salud mental y se emitieron en ARTN de junio a septiembre de 2019. ▪ Hay más de 200.000 armenios que residen en el sur de California y que tuvieron la oportunidad de conocer las enfermedades mentales y cómo afectan a su comunidad desde la comodidad de su propia casa. ▪ El programa se centró en educar a la comunidad armenia sobre las diversas condiciones de salud mental, las modalidades terapéuticas y la accesibilidad de los servicios en el condado. ▪ Según los índices de audiencia televisiva, el programa de salud mental tuvo un gran éxito entre la comunidad armenia. ▪ Según los comentarios de los espectadores, los miembros de la comunidad armenia consideraron que el programa era atractivo, culturalmente relevante y, en general, aumentó sus

Proyecto	Resultados del Proyecto
	<p>conocimientos sobre los problemas de salud mental, los recursos disponibles y ayudó a reducir el estigma de la salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los datos cualitativos demostraron que hay un aumento en la concienciación y educación de la comunidad en relación con las enfermedades mentales y los servicios que ofrece el LACDMH.
<p>El Proyecto de Interpretaciones Teatrales sobre la Salud Mental en Ruso y Farsi</p> <p>Este proyecto se desarrolló con el propósito de aumentar el acceso a la salud mental y reducir las disparidades para las comunidades de habla rusa y farsi. Se contrató a una organización local sin ánimo de lucro especializada en atender a la comunidad farsi y rusa para que desarrollara y pusiera en práctica una obra teatral con énfasis en la salud mental.</p> <p>El objetivo de este proyecto fue el de aumentar la concienciación y la educación en materia de salud mental entre los grupos culturales a los que iba dirigido. Además, pretendía promover los servicios de salud mental que ofrece el LACDMH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Ensayo Previo y una Obra de Teatro Virtual sustituyeron a las representaciones teatrales en vivo como consecuencia de la pandemia. Se realizó un total de 8 veces utilizando una plataforma virtual. ▪ Se emitió en inglés, farsi y ruso. ▪ Participaron más de 100 miembros de la comunidad. ▪ Las encuestas previas y posteriores demostraron que hubo un cambio significativo en las creencias y conocimientos de los participantes sobre los problemas de salud mental. ▪ La información cualitativa demostró que hubo un cambio en la percepción de los miembros de la comunidad sobre la salud mental y se mostraron más abiertos a hablar de este tema "altamente estigmatizado".

F. SUBCOMITÉ LATINO DE LA UsCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>El Proyecto de Cómic Latino – Cómic Que Curan</p> <p>El Proyecto de Cómic Latino fue desarrollado para involucrar a los Jóvenes Latinos en Edad de Transición en un diálogo sobre la concienciación y la educación sobre la salud mental. Los Jóvenes Latinos en Edad de Transición (JET), de 16 a 25 años, fueron reclutados en todo el condado para participar en la creación de su propio cómic de 2 páginas acerca de sus problemas y experiencias con la salud mental.</p> <p>Al principio del proyecto, se les proporcionó información sobre temas de salud mental y recursos y se les introdujo en el arte de escribir cómics. Los jóvenes recibieron formación y asistencia técnica durante el proceso de escritura y, una vez terminados, los cómics se recopilaron en una antología con los cómics de 2 páginas de cada joven participante.</p> <p>El objetivo general de este proyecto era mostrar historias escritas por Jóvenes Latinos en un libro de Cómic. Este libro se utilizará como herramienta de divulgación para educar a la comunidad sobre los problemas de salud mental que experimentan los jóvenes latinos e iniciar un diálogo comunitario sobre las necesidades de salud mental y los servicios que necesitan.</p> <p>Debido a las directrices de distanciamiento social, se llevó a cabo un evento virtual para la culminación de la comunidad, que incluyó el uso de Eventbrite como plataforma de registro digital para los asistentes al evento, y Google Meet como plataforma web para que las personas vieran la inauguración de la instalación de las obras de arte en las dos paradas de autobús antes mencionadas, la exposición de todos los cómics publicados que aparecen en la antología "Cómics que Curan" (Volumen 1), y una sesión de preguntas y respuestas con todos los participantes del taller "Cómics que Curan".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doce (12) TAY Latinos participaron en este proyecto. ▪ Once (11) historias cortas aparecieron en el Cómic. ▪ Cuarenta (40) miembros de la comunidad participaron en la ceremonia virtual de clausura/premiación. El acto comunitario se realizó de forma virtual, lo que afectó al número de miembros de la comunidad que participaron. ▪ Se enviaron diecisiete (17) encuestas previas y posteriores, y los comentarios demostraron lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los participantes recomendaron la puesta en marcha de programas/proyectos similares que se ofrezcan continuamente a las comunidades desatendidas. - La mayoría de los Latinos TAY que participaron en el proyecto informaron que la serie de talleres les permitió ser abiertos y hablar sobre sus problemas de salud mental y que también ayudaría a los adultos que les rodean a entender mejor su experiencia de enfermedad mental y problemas sin sentirse avergonzados. - Todos los encuestados afirmaron conocer mejor las enfermedades mentales que afectan a los jóvenes latinos y la salud mental en general.

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>El Proyecto de Teatro Comunitario para la Reducción del Estigma de la Salud Mental de los Latinos - "De Sabios y Locos Todos Tenemos Un Poco"</p> <p>Este proyecto se desarrolló para incrementar la concienciación y la educación sobre los problemas de salud mental en la comunidad latina. A través de esta obra teatral, la comunidad obtendrá una visión interna del mundo de los que sufren una afección de salud mental. Además, la comunidad latina será informada sobre cómo acceder a los servicios de salud mental y entender algunos de los prejuicios culturales asociados con el sufrimiento de una condición de salud mental. La obra se realizó en español.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta la fecha, se han realizado dieciséis (16) representaciones teatrales en todas las Áreas de Servicio del condado. ▪ Tres (3) representaciones se realizaron en persona en iglesias y parques locales. Sin embargo, el proveedor cambió las 13 representaciones teatrales restantes a una plataforma virtual. ▪ Al final de cada obra de teatro, hubo un bloque de 30 minutos de preguntas y respuestas en vivo dirigido por la Dra. Ana Nogales, quien es una conocida Psicóloga Clínica hispanohablante en el área de Los Ángeles. En promedio, 20 miembros de la comunidad participaron en el bloque de preguntas y respuestas, lo que facilita una oportunidad para educar a la comunidad y disminuir el estigma de la salud mental. ▪ Hasta la fecha, más de 280 miembros de la comunidad han asistido a la obra de teatro presencial o virtual. ▪ La finalización de este proyecto está prevista para el 28 de febrero de 2021.

G. SUBCOMITÉ DE LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRANSEXUALES, GÉNERO NO BINARIO, INSEGUROS, INTERSEXUALES, ASEXUALES, DOS ESPÍRITUS (LGBTQIA2-S) DE LA USCC

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto del Colectivo de Historias LGBTQIA2-S</p> <p>El propósito de este proyecto fue el de involucrar, empoderar y reclutar a los miembros de la comunidad LGBTQIA2-S en la defensa y el activismo en torno a la salud mental, al tiempo que se crea la capacidad de esta población marginada utilizando sus propias aficiones y habilidades.</p> <p>El consultor reclutó a miembros de la comunidad LGBTQIA2-S para que participaran en el Programa de Formación del Colectivo de Historias. Los participantes asistieron a tres sesiones en total. A la primera sesión asistieron todos los participantes y se centró en la reducción del estigma de la salud mental. A continuación, los participantes pudieron elegir dos sesiones centradas en el arte: escultura, fotografía, poesía o pintura. Tras la finalización del Programa de Formación, el consultor y los participantes organizaron una Exposición de Arte Comunitario virtual para mostrar su trabajo durante la antología del Programa de Formación (Volumen 1), y una sesión de preguntas y respuestas con todos los participantes del taller "Cómics que Curan".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En total, 26 miembros de la comunidad LGBTQIA2-S participaron en el Programa de Formación del Colectivo de Historias y todos los participantes completaron una prueba previa y posterior, poniendo de manifiesto que: <ul style="list-style-type: none"> - El 100% está muy de acuerdo o de acuerdo en que sabe qué hacer y con quién hablar si tiene una preocupación o problema de salud mental - El 88% está muy de acuerdo o de acuerdo en que se sienten cómodos buscando ayuda en materia de salud mental cuando la necesitan, independientemente de su orientación sexual o identidad de género. ▪ La Exposición de Arte Comunitario del Colectivo de Historias se celebró virtualmente a través de Zoom el 6 de octubre de 2020, contó con la participación de 60 personas y también se compartió a través de YouTube y Facebook. ▪ De los 60 asistentes, se recibió la opinión de las encuestas completadas por 33 asistentes: <ul style="list-style-type: none"> - El 94% de los asistentes calificó la exposición de arte como excelente o muy buena - El 94% está muy de acuerdo o de acuerdo en que este tipo de actos contribuyen a reducir el estigma
<p>Proyecto del Orgullo Indígena LGBTQIA2-S de Los Ángeles</p> <p>El propósito del proyecto Orgullo Indígena LA: De Voces a Rostros es difundir la conciencia cultural y la educación de las prácticas de curación que afectan positivamente a la salud mental entre la comunidad Dos Espíritus.</p> <p>El proyecto pretende desestigmatizar los problemas de salud mental entre las personas de dos espíritus, destacando la diversidad de la población y la necesidad de recursos culturalmente sensibles. El consultor reclutó a seis miembros de la comunidad de Dos Espíritus en una Colaboración Comunitaria para discutir sobre la salud mental e identificar las necesidades específicas de la comunidad de Dos Espíritus. Tras la Colaboración Comunitaria, el consultor elaboró un plan de estudios que se utilizaría en cinco Talleres de Salud y Bienestar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El consultor realizó la transición de las reuniones de la Colaboración Comunitaria a una plataforma virtual y llevó a cabo seis reuniones de la Colaboración Comunitaria a través de Zoom durante junio y julio de 2020. ▪ Este proyecto está todavía en proceso y los resultados se compartirán una vez se haya completado. ▪ El plan de estudios fue finalizado, y los Talleres de Salud y Bienestar están programados para el 30 de enero de 2021 y el 6 de febrero de 2021.

Proyecto	Resultados del Proyecto
<p>Proyecto de Red LGBTQIA2-S Negra LGBTQ+</p> <p>El propósito del Proyecto de la Red Negra LGBTQ+ es identificar las necesidades de los individuos Negros LGBTQ+, a la vez que educar y empoderar a esta comunidad sobre la importancia del cuidado de la salud mental para crear conciencia y conexión.</p> <p>Este proyecto pretende desestigmatizar los problemas de salud mental entre las personas Negras LGBTQ+ destacando la diversidad de la población y la necesidad de recursos culturalmente competentes. El consultor reclutó a 12 miembros de la comunidad en una Colaboración Comunitaria para desarrollar una encuesta que se administrará a las personas Negras LGBTQ+ para identificar las preocupaciones específicas sobre la salud mental que experimenta esta comunidad desatendida y cualquier laguna en la prestación de servicios, así como para aprender cómo servir mejor a esta comunidad de una manera culturalmente competente. Los resultados de la encuesta se compilarán para producir un Libro Blanco que aborde las necesidades de salud mental de la comunidad Negra LGBTQ+ y proporcione recomendaciones sobre cómo el LACDMH puede involucrar a esta población como parte del proceso de las partes interesadas de la MHSA, así como incorporar servicios dirigidos a esta población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El consultor realizó la transición de las reuniones de la Colaboración Comunitaria a una plataforma virtual y llevó a cabo ocho reuniones de la Colaboración Comunitaria hasta el 31 de diciembre de 2020. ▪ En total, se han recogido 150 encuestas, con el objetivo de llegar a 250. ▪ Este proyecto está todavía en proceso y los resultados se compartirán una vez se haya completado.
<p>Conferencia sobre la Salud Mental LGBTQIA2-S</p> <p>Una de las recomendaciones del Subcomité LGBTQIA2-S de la UsCC fue planificar y coordinar la Conferencia sobre la Salud Mental LGBTQIA2-S de 2019: "Reclamar y Restaurar – Contando Nuestras Historias." La conferencia tuvo lugar el 12 de junio de 2019.</p> <p>Los objetivos de la conferencia eran informar a los participantes de los problemas de salud mental específicos de la comunidad LGBTQIA2-S; mejorar la capacidad de los participantes para reconocer cuándo remitir a un miembro de la comunidad LGBTQIA2-S a los servicios de salud mental; proporcionar a los participantes información útil sobre los recursos de salud mental disponibles para los miembros de la comunidad; y mejorar la capacidad de los participantes para proporcionar un tratamiento de salud mental culturalmente adecuado a los usuarios. Se repartió una encuesta a todos los participantes al comienzo de la conferencia.</p>	<p>En total, 334 personas asistieron a la conferencia y se recibieron 166 encuestas completadas, las cuales indican lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 94% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia les hizo más conscientes acerca de los problemas de salud mental propios de la comunidad LGBTQIA2-S - El 85% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia mejoró su capacidad para reconocer cuándo remitir a un miembro de la comunidad LGBTQIA2-S a los servicios de salud mental - El 90% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que recibió información útil sobre los recursos de salud mental para los miembros de la comunidad LGBTQIA2-S - El 89% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que la conferencia mejoró su capacidad para proporcionar un tratamiento de salud mental culturalmente apropiado a los usuarios LGBTQIA2-S

Años Fiscales 2021-24 ✓ PLANIFICACIÓN, DIVULGACIÓN Y PARTICIPACIÓN Trabajo Continuo

Para los AFs 2021-24, el LACDMH continuará con las actividades de divulgación y participación.

■ PLANIFICACIÓN, DIVULGACIÓN Y PARTICIPACIÓN	
Anterior AF 2019-20	Anterior AF 2018-19
\$6,3 millones de Gastos Brutos Totales	\$9,2 millones de Gastos Brutos Totales
AF 2021-22	Plan Trienal AFs 2021-24
\$6,8 millones Gastos Brutos Estimados	\$21,3 millones Gastos Brutos Estimados

Actualmente, el recuento de clientes únicos es solo para los programas MHSA con Servicios Directos del Modo 15 (FSP, Servicios Ambulatorios y Servicios Alternativos de Crisis).

Todos los importes en dólares de este cuadro se presentan en costes brutos.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA (PEI)

En esta sección se describen los servicios y las actividades asociadas a los distintos componentes de la PEI. Durante el último año, el LACDMH ha avanzado hacia un enfoque más sólido e institucional de los servicios de la PIT. Mientras que en el centro de la intervención temprana se encuentran las prácticas basadas en la evidencia (EBP), las prácticas prometedoras y las prácticas de evidencia definidas por la comunidad, el LACDMH está en proceso de implementar estrategias de prevención en entornos como escuelas y bibliotecas, donde se están estableciendo plataformas de acceso. Mediante la identificación de individuos con factores de riesgo específicos, particularmente para el trauma, y a través de la promoción de factores de protección, como la conexión social y la participación, se está desarrollando una plataforma de servicios de prevención que:

- Sensibiliza sobre la importancia del bienestar y la salud mental y emocional, el impacto del trauma y la promoción de estrategias de resiliencia en los sistemas y las comunidades;
- Desarrolla la capacidad de organización y de la comunidad para promover el bienestar y la resiliencia y para reconocer y responder a los traumas y a las necesidades de salud mental; y
- Tiende puentes hacia la atención de salud mental cuando se solicita.

Las estrategias de prevención implican, como mínimo, una combinación de formación, la proporción de recursos en el lugar de la plataforma de acceso, el desarrollo de asociaciones y la consulta a educadores.

La PEI incluye los siguientes servicios:

- Prevención
- Intervención Temprana
- Estigma y Discriminación
- Prevención del Suicidio

Tabla 26. AF 2019-20 Clientes atendidos a través de la PEI

Clientes Atendidos	Nuevos Clientes Atendidos
47.602 clientes recibieron un servicio directo de salud mental: <ul style="list-style-type: none"> - El 65% de los clientes son niños - El 19% de los clientes son TAY - El 45% de los clientes son hispanos - El 9% de los clientes son afroamericanos - El 8% de los clientes son blancos - El 2% de los clientes son asiáticos - El 74% tiene como idioma principal el inglés - El 22% tiene como idioma principal el español 	26.381 nuevos clientes recibiendo servicios de PEI en todo el condado: sin servicio previo de la MHSA <ul style="list-style-type: none"> - El 44% de los nuevos clientes son hispanos - El 8% de los nuevos clientes son afroamericanos - El 8% de los nuevos clientes son blancos - El 74% tiene como idioma principal el inglés - El 22% tiene como idioma principal el español

Tabla 27. AF 2019-20 Clientes atendidos a través de la PEI por Área de Servicio

Área de Servicio	Número de Clientes Atendidos	Número de Nuevos Clientes
AS 1 – Antelope Valley	3.410	2.990
AS 2 – San Fernando Valley	7.596	5.840
AS 3 – San Gabriel Valley	8.494	6.414
AS 4 – Metro Los Angeles	6.329	5.388
AS 5 – West Los Angeles	1.828	1.685
AS 6 – South Los Angeles	6.049	5.163
AS 7 – East Los Angeles County	6.720	5.892
AS 8 – South Bay	7.923	6.846

A. INTERVENCIÓN TEMPRANA

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input checked="" type="checkbox"/> Niños Edades 0-17	<input checked="" type="checkbox"/> TAY Edades 16 - 24	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Edades 24 - 59	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Mayores Edades 60+
Descripción del Programa				
La Intervención Temprana está dirigida a personas y familias para las que una intervención breve (normalmente, menos de un año) y de intensidad relativamente baja es apropiada para mejorar de forma apreciable los problemas de salud mental y evitar la necesidad de un tratamiento de salud mental más extenso.				

AF 2019-20 ✓ INTERVENCIÓN TEMPRANA Datos y Resultados

Cuadro 28. EBP del AF 2019-20

Nota: Algunos grupos de edad muestran la edad específica de los clientes atendidos

EBP de la Intervención Temprana	Descripción
<p>Entrenamiento de Sustitución de la Agresión (ART) Niños (5 a 12 años) Sólo Transmisión de Habilidades Niños (12-15 años) TAY (16-17 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 37 <u>Género:</u> 62% Hombres, 38% Mujeres <u>Etnia:</u> 38% hispanos, 14% afroamericanos, 43% no declarados, 5% múltiples razas</p>	<p>ART es una intervención psicoeducativa multimodal diseñada para modificar el comportamiento de adolescentes y niños pequeños crónicamente agresivos. Su objetivo es mejorar las habilidades sociales, el control de la ira y el razonamiento moral. El programa incorpora tres intervenciones específicas: la transmisión de habilidades, el entrenamiento en el control de la ira y el entrenamiento en el razonamiento moral. La transmisión de habilidades enseña habilidades prosociales. En el entrenamiento para el control de la ira, se enseña a los jóvenes cómo responder a sus molestias. El entrenamiento en razonamiento moral está diseñado para mejorar el sentido de la equidad y la justicia de los jóvenes con respecto a las necesidades y los derechos de los demás.</p>
<p>Alternativas para las Familias Terapia Cognitiva Conductual (AF-TCC) Niños (4-15 años) TAY (16-17 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 231 <u>Género:</u> 57% Hombres, 43% Mujeres <u>Etnia:</u> 64% hispanos, 9% afroamericanos, 1% asiáticos, 1% blancos, 23% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 1% múltiples razas</p>	<p>La AF-CBT está diseñada para mejorar las relaciones entre los niños y los padres/cuidadores en las familias afectadas por la fuerza física/coacción y los conflictos/hostilidad crónicos. Esta práctica enfatiza el entrenamiento en habilidades intrapersonales e interpersonales, diseñadas para mejorar el autocontrol, fortalecer las prácticas positivas de crianza, mejorar la cohesión/comunicación familiar, mejorar las habilidades para afrontar problemas del niño y las habilidades sociales, y prevenir nuevas ocasiones de coacción y agresión. Las técnicas principales incluyen la regulación del afecto, la gestión del comportamiento, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y la comunicación.</p>
<p>Terapia Familiar Breve y Estratégica (BFST) Niños (10-15 años) TAY (16-18 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 5 <u>Género:</u> 60% Hombres, 40% Mujeres <u>Etnia:</u> 40% hispanos, 40% no declarados, 20% blancos</p>	<p>La BFST es una intervención a corto plazo, orientada hacia los problemas, basada en la familia y diseñada para niños y adolescentes que muestran o corren el riesgo de desarrollar problemas de conducta, incluyendo el abuso de sustancias. El objetivo de la BFST es mejorar los problemas de conducta de un joven mediante la mejora de las interacciones familiares que se supone que están directamente relacionadas con los síntomas del niño, reduciendo así los factores de riesgo y reforzando los factores de protección para el abuso de drogas y otros problemas de conducta de los adolescentes.</p>
<p>Centro de Evaluación y Prevención de Estados Prodrómicos (CAPPs) TAY</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 38 <u>Género:</u> 68% Hombres, 32% Mujeres <u>Etnia:</u> 55% hispanos, 21% no declarados, 11% blancos 5% asiáticos, 3% múltiples razas 5% nativos de Hawái/Islas del Pacífico</p>	<p>El objetivo del CAPPs es llevar a cabo la divulgación y el compromiso específicamente con aquellos jóvenes que están experimentando su primer brote de psicosis y la aparición temprana de enfermedades mentales graves con características psicóticas. Con el fin de mitigar los problemas de salud mental y reducir la progresión de estos episodios en diagnósticos de salud mental, este proyecto también involucrará a las familias y a los seres queridos de los jóvenes, así como a los propios jóvenes en los servicios de la PEI</p>

EBP de Intervención Temprana	Descripción
<p>Psicoterapia para Padres e Hijos (CPP) Niños Pequeños (0-6 años)</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 1.579 <u>Género:</u> 53% Hombres, 47% Mujeres <u>Etnia:</u> 45% hispanos, 12% afroamericanos, 1% asiáticos, 9% blancos, 28% no declarados, 5% múltiples razas</p>	<p>La CPP es un modelo de psicoterapia que integra teorías psicodinámicas, de apego, de trauma, cognitivo-conductual y de aprendizaje social en un enfoque de tratamiento diádico. La CPP está diseñada para restaurar la relación entre padres e hijo y la salud mental y el desarrollo del niño que han sido dañados por la experiencia de la violencia doméstica. La CPP está pensada como una intervención temprana para niños pequeños que pueden estar en riesgo de exteriorizar y padecer síntomas de depresión y trauma.</p>
<p>Servicios de Recuperación Orientados a la Crisis (CORS) Niños TAY Adultos Adultos Mayores</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 134 <u>Género:</u> 37% Hombres, 63% Mujeres <u>Etnia:</u> 43% hispanos, 4% afroamericanos, 3% asiáticos, 8% blancos, 33% no declarados, 9% múltiples razas</p>	<p>El CORS es una intervención a corto plazo diseñada para proporcionar una actuación inmediata en caso de crisis, abordar las necesidades de gestión de casos identificados y asegurar la vinculación con los servicios en curso. El objetivo principal es ayudar a las personas a resolver y/o hacer frente a las crisis psicosociales mitigando el estrés adicional o el daño psicológico. Promueve el desarrollo de estrategias de respuesta que los individuos pueden utilizar para ayudar a restaurar el nivel de funcionamiento anterior al evento de crisis.</p>
<p>Mejora de la Calidad del Tratamiento de la Depresión (DTQI) Niños TAY Adultos Mayores</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 120 <u>Género:</u> 33% Hombres, 66% Mujeres, 1% Variado <u>Etnia:</u> 32% hispanos, 2% afroamericanos, 62% no declarados, 2% blancos, 2% múltiples razas</p>	<p>El DTQI es un enfoque integral para el manejo de la depresión que utiliza procesos de mejora de la calidad para guiar los servicios terapéuticos a los adolescentes y adultos jóvenes. El componente de psicoeducación ayuda a los individuos a aprender sobre la depresión grave y las formas de disminuir la probabilidad de sufrir depresión en el futuro. El componente de psicoterapia ayuda a las personas que están actualmente deprimidas a comprender los factores que han contribuido a la aparición y mantenimiento de su depresión y a aprender formas de tratar su trastorno.</p>
<p>Terapia Dialéctica Conductual (DBT) Niños (12-15 años) TAY (16-20 años)</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 153 <u>Género:</u> 26% Hombres, 73% Mujeres, 1% Variado <u>Etnia:</u> 30% hispanos, 11% afroamericanos, 3% asiáticos, 32% blancos, 14% no declarados, 2% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 8% múltiples razas</p>	<p>La DBT atiende a personas que tienen o pueden estar en riesgo de padecer síntomas relacionados con la desregulación emocional, lo que puede dar lugar a la posterior adopción de conductas impulsivas y problemáticas, incluida la ideación suicida. La DBT incorpora una amplia variedad de estrategias de tratamiento que incluyen el análisis en cadena, la validación, las estrategias dialécticas, la atención plena, el manejo de contingencias, el entrenamiento y la adquisición de habilidades (atención plena, regulación de las emociones, eficacia interpersonal, tolerancia a la angustia y autogestión), gestión de crisis y consulta de equipo.</p>
<p>Familias Superándose Bajo el Estrés (FOCUS) Niños JET Adultos</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 127 <u>Género:</u> 53% Hombres, 47% Mujeres <u>Etnia:</u> 27% hispanos, 1% afroamericanos, 1% asiáticos, 7% blancos, 60% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 3% múltiples razas</p>	<p>Formación en resiliencia familiar para familias de militares, parejas y niños que experimentan dificultades con múltiples despliegues, lesiones, PTSD y problemas operativos de combate. FOCUS cree que la falta de habilidades de comunicación y el estrés operacional del combate conduce a distorsiones en el pensamiento y al distanciamiento de la familia. El tratamiento se ofrece a las parejas y/o a la familia, aprovechando los puntos fuertes existentes y las estrategias de afrontamiento positivas, así como incrementando la comunicación y disminuyendo el estrés.</p>

EBP de Intervención Temprana	Descripción
<p>Terapia Familiar Funcional (FFT) Niños (11-15 años) TAY (16-18 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 58 <u>Género:</u> 60% Hombres, 40% Mujeres <u>Etnia:</u> 60% hispanos, 9% afroamericanos, 7% blancos, 12% múltiples razas, 2% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 10% no declarados</p>	<p>La FFT es un programa de prevención e intervención a corto plazo, basado en la familia, para jóvenes con problemas de conducta. Se centra en los factores de riesgo y de protección que afectan al adolescente, concretamente en los factores intrafamiliares y extrafamiliares, y en cómo se presentan e influyen en el proceso terapéutico. Los principales objetivos son mejorar la comunicación y el apoyo de la familia, al tiempo que se reduce la intensa negatividad que experimentan estas familias.</p>
<p>Terapia Cognitiva Conductual Grupal para la Depresión Grave (TCC Grupal) TAY (18-25 años) Adultos Mayores</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 23 <u>Género:</u> 22% Hombres, 78% Mujeres <u>Etnia:</u> 44% hispanos, 13% afroamericanos, 4% asiáticos, 18% blancos, 17% no declarados, 4% nativos de Hawái/Islas del Pacífico</p>	<p>La TCC Grupal se centra en cambiar los pensamientos del individuo (patrones cognitivos) para modificar su comportamiento y su estado emocional. El tratamiento se ofrece en formato grupal y presume que los patrones de pensamiento inadaptados o defectuosos causan comportamientos inadaptados y emociones negativas. El formato grupal es particularmente útil para desafiar las percepciones distorsionadas y hacer que los pensamientos se ajusten más a la realidad. La adaptación cultural del tratamiento y la gestión de casos muestra una mayor eficacia en los adultos latinos y afroamericanos con bajos ingresos.</p>
<p>Años Increíbles (IY) Niños Pequeños (2-5 años) Niños (6-12 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 153 <u>Género:</u> 73% Hombres, 27% Mujeres <u>Etnia:</u> 74% hispanos, 2% afroamericanos, 1% asiáticos, 4% blancos, 16% no declarados, 3% múltiples razas</p>	<p>IY se basa en las teorías del desarrollo sobre el papel de los múltiples factores de riesgo y protección que interactúan en el desarrollo de los problemas del comportamiento. La intervención en la formación de los padres se centra en el fortalecimiento de la competencia parental y su participación en las actividades del niño para reducir el comportamiento delictivo. El programa de formación de los niños refuerza sus competencias sociales y emocionales. La intervención en la formación del profesorado se centra en las estrategias de gestión del aula de los profesores, promoviendo los comportamientos prosociales y la preparación para la escuela.</p>
<p>Terapia Cognitivo Conductual Individual (Ind.CBT) TAY (18-25 años) Adultos Mayores Sólo Clínicas Gestionadas de Forma Directa</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 9,906 <u>Género:</u> 31% Hombres, 69% Mujeres <u>Etnia:</u> 48% hispanos, 7% afroamericanos, 2% asiáticos, 16% blancos, 21% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 5% múltiples razas</p>	<p>La CBT está pensada como una intervención temprana para individuos que tienen o pueden estar en riesgo por síntomas relacionados con la aparición temprana de ansiedad, depresión y los efectos del trauma que repercuten en varios ámbitos de la vida diaria. La CBT incorpora una amplia variedad de estrategias de tratamiento que incluyen la psicoeducación, la adquisición de habilidades, el manejo de contingencias, el cuestionamiento socrático, la activación conductual, la exposición, la modificación cognitiva, las estrategias de aceptación y atención plena y el ensayo conductual.</p>
<p>Psicoterapia Interpersonal para la Depresión (IPT) Niños (9-15 años) TAY Adultos Adultos Mayores</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 1,703 <u>Género:</u> 31% Hombres, 69% Mujeres <u>Etnia:</u> 40% hispanos, 5% afroamericanos, 3% asiáticos, 5% blancos, 43% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 3% múltiples razas</p>	<p>La IPT es una terapia de corta duración (8-20 semanas) que se basa en un modelo de apego, en el que la angustia está ligada a la dificultad en las relaciones interpersonales. La IPT se dirige a la población TAY que sufre una depresión unipolar no psicótica. Se dirige no sólo a los síntomas, sino a la mejora del funcionamiento interpersonal, las relaciones y el apoyo social. La terapia se centra en una o más áreas de problemas interpersonales, incluidas las disputas interpersonales, las transiciones de roles y los problemas de duelo y pérdida.</p>

PBE de Intervención Temprana	Descripción
<p>Programa de Intervención Afectuosa para el Enriquecimiento de la Familia (LIFE) Niños (0-8 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 21 <u>Género:</u> 62% Hombres, 38% Mujeres <u>Etnia:</u> 62% hispanos, 9% afroamericanos, 29% no declarados</p>	<p>Se trata de una adaptación del Proyecto Parental, el LIFE es un plan de estudios de 22 semanas basado en habilidades que se implementa con clases para padres/grupos de apoyo, grupos de salud mental de los jóvenes, y grupos multifamiliares para los padres con hijos en riesgo de o involucrados con el sistema judicial juvenil. El programa fue diseñado para familias latinas de bajos ingresos con padres monolingües (español) con hijos en alto riesgo de delincuencia y/o fracaso escolar.</p>
<p>Gestión y Adaptación de la Práctica (MAP) Niños Pequeños Niños TAY (16-21 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 16,099 <u>Género:</u> 52% Hombres, 48% Mujeres <u>Etnia:</u> 47% hispanos, 7% afroamericanos, 1% asiáticos, 6% blancos, 36% no declarados, 3% múltiples razas</p>	<p>GAP está diseñado para mejorar la calidad, la eficiencia y los resultados de los servicios de salud mental infantil, proporcionando a los administradores y a los profesionales un fácil acceso a la información científica más actual y ofreciendo además herramientas de seguimiento y protocolos clínicos de uso sencillo. Utilizando una base de datos en línea, el sistema puede sugerir programas formales basados en la evidencia o puede proporcionar recomendaciones detalladas sobre diferentes componentes de tratamientos basados en la evidencia, relevantes para las características de un joven en concreto. La MAP, tal y como se aplica en el condado, tiene los siguientes cuatro focos de tratamiento específicos: la ansiedad, la depresión, el comportamiento perturbador y el trauma.</p>
<p>Programa de Integración de la Salud Mental (MHIP) Adultos</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 629 <u>Género:</u> 28% Hombres, 72% Mujeres <u>Etnia:</u> 66% hispanos, 9% afroamericanos, 2% asiáticos, 10% blancos, 7% no declarados, 2% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 4% múltiples razas</p>	<p>El MHIP presta servicios especializados de salud mental a los inscritos en el Nivel 2 de la PEI y en el Plan de Salud de Bajos Ingresos (LIHP)/Camino Saludable de Los Ángeles (Health Way LA) con necesidades de salud mental menos estrictas, que son atendidas adecuadamente a través de estrategias de intervención temprana enfocadas y limitadas en el tiempo. Se ofrece un programa integrado de intervención en salud mental dentro de un centro de atención primaria o en colaboración con un proveedor médico. El MHIP se utiliza para tratar los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad o el trastorno de estrés postraumático, y para prevenir una recaída en los síntomas.</p>
<p>Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) Niños (12-15 años) TAY (16-18 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 4 <u>Género:</u> 100% Hombres <u>Etnia:</u> 100% no declarados</p>	<p>El MDFT es un programa de tratamiento basado en la familia y de prevención del abuso de sustancias para ayudar a los adolescentes a reducir o eliminar el abuso de drogas y los problemas de comportamiento/conducta, y mejorar el funcionamiento general de la familia a través de múltiples factores, evaluaciones e intervenciones en varias áreas centrales de la vida. También hay dos objetivos intermedios de intervención para cada familia: 1) ayudar al adolescente a lograr un apego/vínculo interdependiente con los padres/familiares; y 2) ayudar al adolescente a forjar conexiones duraderas con influencias prosociales como las escuelas, los grupos de pares e instituciones recreativas y religiosas.</p>
<p>Terapia Multisistémica (MST) Niños (12-15 años) TAY (16-17 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 1,661 <u>Género:</u> 48% Hombres, 52% Mujeres <u>Etnia:</u> 62% hispanos, 12% afroamericanos, 1% asiáticos, 9% blancos, 7% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islas del Pacífico, 8% múltiples razas</p>	<p>La MST se dirige a los jóvenes con comportamiento delictivo, abuso de sustancias y trastornos emocionales, así como a los jóvenes en libertad condicional. La MST suele utilizar un enfoque basado en el hogar para reducir las barreras que impiden a las familias acceder a los servicios. Los terapeutas se centran en capacitar a los padres y mejorar su eficacia mediante la identificación de los puntos fuertes y el desarrollo de sistemas de apoyo naturales (por ejemplo, la familia extendida, los amigos) y la eliminación de las barreras (por ejemplo, el abuso de sustancias de los padres, estrés elevado).</p>
<p>Terapia de Interacción Padres-Hijo (PCIT) Niños Pequeños (2-7)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 1,377 <u>Género:</u> 65% Hombres, 35% Mujeres <u>Etnia:</u> 45% hispanos, 9% afroamericanos, 32% no declarados, 8% blancos, 6% múltiples razas</p>	<p>La PCIT ofrece sesiones de orientación en vivo muy específicas, paso a paso, tanto con los padres/cuidadores como con el niño. Los padres aprenden habilidades a través de sesiones didácticas para ayudar a gestionar los problemas de comportamiento de sus hijos. Utilizando un sistema de emisor y receptor, el padre/cuidador es entrenado en habilidades específicas mientras interactúa en juegos específicos con el niño. Se hace hincapié en el cambio de los patrones negativos de los padres/cuidadores y los niños.</p>

PBE de Intervención Temprana	Descripción
<p>Terapia de Resolución de Problemas (PST) Adultos Mayores</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 24 <u>Género:</u> 25% Hombres, 75% Mujeres <u>Etnia:</u> 63% hispanos, 4% afroamericanos, 21% blancos, 4% múltiples razas, 8% no declarados</p>	<p>La PST ha sido una estrategia principal en los programas IMPACT y PEARLS. Aunque la TRP se ha centrado generalmente en el tratamiento de la depresión, esta estrategia puede adaptarse a una amplia gama de problemas y poblaciones. La TRP está pensada para aquellos clientes que están experimentando problemas a corto plazo que pueden estar afectando temporalmente a su capacidad para desenvolverse con normalidad. Este modelo de intervención está especialmente diseñado para los adultos mayores que tienen diagnósticos de distimia o depresión leve que están experimentando los primeros signos de la enfermedad mental.</p>
<p>Programa para Fomentar una Vida Activa y Gratificante para las Personas Mayores (PEARLS) Adultos mayores</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 8 <u>Género:</u> 100% Mujeres <u>Etnia:</u> 13% hispanos, 37% asiáticos, 12% blancos, 25% afroamericanos, 13% no declarados</p>	<p>PEARLS es un programa de tratamiento con base en la comunidad que utiliza métodos de la terapia de resolución de problemas (TRP), la activación social y física y el aumento de los acontecimientos agradables para reducir la depresión en los adultos mayores físicamente deteriorados y socialmente aislados.</p>
<p>Exposición Prolongada - Trastorno de Estrés Postraumático (PE-PTSD) TAY (18-25 años) Adultos Mayores Sólo Clínicas Gestionadas de Forma Directa</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 23 <u>Género:</u> 22% Hombres, 78% Mujeres <u>Etnia:</u> 48% hispanos, 13% afroamericanos, 13% no declarados, 13% blancos, 9% nativos de Hawái/Islands del Pacífico, 4% múltiples razas</p>	<p>La PE-PTSD es un tratamiento cognitivo-conductual de intervención temprana para individuos que experimentan síntomas indicativos de complicaciones de salud mental debido a la experiencia de uno o más eventos traumáticos. La terapia individual está diseñada para ayudar a los clientes a procesar los eventos traumáticos y reducir sus síntomas de PTSD, así como la depresión, la ira y la ansiedad general.</p>
<p>Programa de Crianza Reflexiva (RPP) Niños Pequeños (2-5 años) Niños (6-12 años)</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 9 <u>Género:</u> 44% Hombres, 56% Mujeres <u>Etnia:</u> 45% hispanos, 22% afroamericanos, 11% blancos, 22% múltiples razas</p>	<p>El RPP consiste en un taller de 10 semanas que incluye instrucción, discusiones y ejercicios para involucrar a los padres en temas como el temperamento, la respuesta a la angustia de los niños, la separación, el juego, la disciplina y la ira en relación con los problemas de sus propias familias. Los talleres ayudan a los padres/cuidadores a mejorar su funcionamiento reflexivo, así como a crear vínculos fuertes y saludables con sus hijos.</p>
<p>Buscando Seguridad (SS) Niños (13-15) TAY Adultos Adultos Mayores</p> <p><u>Clientes Únicos Atendidos:</u> 2,108 <u>Género:</u> 36% Hombres, 64% Mujeres <u>Etnia:</u> 47% hispanos, 6% afroamericanos, 3% asiáticos, 11% blancos, 29% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islands del Pacífico, 3% múltiples razas</p>	<p>SS es una terapia centrada en el presente que ayuda a las personas a alcanzar la seguridad frente al trauma o el PTSD y el abuso de sustancias. Consta de 25 temas que se centran en el desarrollo de habilidades de afrontamiento seguras mientras se utiliza un enfoque de autoempoderamiento. El tratamiento está diseñado para un uso flexible y se lleva a cabo en formato grupal o individual, en una variedad de entornos y para poblaciones culturalmente diversas.</p>

EBP de Intervención Temprana	Descripción
<p>Fortalecimiento Familiar (SF) Niños (3-15 años) TAY (16-18 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 18 <u>Género:</u> 56% Hombres, 44% Mujeres <u>Etnia:</u> 39% hispanos, 11% blancos 50% no declarados</p>	<p>SF es una intervención de formación en habilidades familiares diseñada para mejorar el éxito escolar y reducir el consumo de sustancias y la agresión entre los jóvenes. Las sesiones proporcionan formación a los padres sobre la comprensión de los factores de riesgo del consumo de sustancias, la mejora del vínculo entre padres e hijos, la supervisión del cumplimiento de las directrices de los padres y la imposición de las consecuencias adecuadas, la gestión de la ira y los conflictos familiares, y el fomento de la participación positiva de los niños en las tareas familiares. Los niños reciben enseñanzas sobre cómo resistir las influencias de sus compañeros.</p>
<p>Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) Honrando a los Niños, Reparando el Círculo Niños (3-8 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 4.517 <u>Género:</u> 41% Hombres, 59% Mujeres <u>Etnia:</u> 50% hispanos, 8% afroamericanos, 6% blancos, 30% no declarados, 1% nativos de Hawái/Islands del Pacífico, 5% múltiples razas</p>	<p>Esta práctica para niños nativos americanos que hayan sido víctimas de algún trauma se basa en la TF-CBT. Los objetivos del tratamiento son: mejorar el bienestar espiritual, mental, físico, emocional y relacional. La PBE incluye aspectos tradicionales de curación con los indios americanos y los nativos de Alaska desde su visión del mundo.</p>
<p>Programa de Crianza Positiva Triple P (Triple P) Niños Pequeños (0-5 años) Niños (6-15 años) TAY (16 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 475 <u>Género:</u> 67% Hombres, 33% Mujeres <u>Etnia:</u> 49% hispanos, 4% afroamericanos, 3% asiáticos, 6% blancos, 5% múltiples razas, 33% no declarados</p>	<p>Triple P está destinado a la prevención e intervención temprana de los problemas sociales, emocionales y de comportamiento en la infancia, la prevención del maltrato infantil y el fortalecimiento de la paternidad y la confianza parental. Los Niveles Dos y Tres, que se centran en actividades preventivas de salud mental, se están aplicando a través de organizaciones de base comunitaria. Los Niveles Cuatro y Cinco, que son módulos de intervención temprana para padres y adolescentes, están siendo implementados por el LACDMH, gestionado de forma directa y también por agencias contratadas.</p>
<p>Modelo de Transición TIES de UCLA (UCLA TTM) FIES: Formación, Intervención, Educación y Servicios (Training, Intervention, Education, and Services, TIES) Niños Pequeños (0-5 años) Niños (6-12 años)</p> <p><u>Cientes Únicos Atendidos:</u> 23 <u>Género:</u> 57% Hombres, 43% Mujeres <u>Etnia:</u> 17% hispanos, 17% afroamericanos, 9% asiáticos, 35% blancos</p>	<p>UCLA TTM es una intervención de transición y apoyo de varios niveles para padres adoptivos de niños de alto riesgo. Las familias participan en tres grupos psicoeducativos de 3 horas. Las familias, incluidos los niños mayores, disponen de servicios y opciones de apoyo adicionales durante un año (por ejemplo, sesiones de apoyo mensuales, asesoramiento específico para la adopción, visitas a domicilio si el niño es menor de 3 años, consultas educativas y pediátricas interdisciplinarias).</p>

Tabla 29. Resultados de la EBP desde 2009 hasta junio de 2020

EBP de Intervención Temprana	Número de Ciclos de Tratamiento	Porcentaje de Personas que han Completado la EBP	Salud Mental
ART	3,432	42%	- 24% de mejora del funcionamiento de la salud mental
AF-CBT	1,618	52%	- 50% de mejora del funcionamiento de la salud mental - 53% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
BFST	203	63%	- 48% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 50% de reducción de los problemas del comportamiento
Cuidando a Nuestras Familias	733	67%	- 23% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 30 % de reducción de los comportamientos perturbadores
CAPPS	202	43%	- 30% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 60% de reducción de los síntomas prodrómicos
CPP	6,695	47%	- 53% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 19% de reducción del funcionamiento de la salud mental del niño tras un acontecimiento traumático

EBP de Intervención Temprana	Número de Ciclos de Tratamiento	Porcentaje de Personas que han Completado la EBP	Salud Mental
CBITS	130	71%	- 30% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 28% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
CORS	4,125	60%	- 27 % de mejora en el funcionamiento de la salud mental
DBT	219	66%	- 28 % de mejora en el funcionamiento de la salud mental
DTQI	1,210	65%	- 48% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 55% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión
FOCUS	640	70%	- 40% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 50% de mejora del funcionamiento familiar
FFT	1,713	66%	- 29% de mejora en el funcionamiento de la salud mental
Group CBT	1,139	42%	- 20% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 42% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión
IY	2,843	64%	- 27% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 35% de reducción de los comportamientos perturbadores
Ind. CBT	Ansiedad 3,099 Depresión 6.807 Trauma 936	Ansiedad 45% Depresión 44% Trauma 47%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad - 37% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 63% de reducción de los síntomas relacionados con la ansiedad ▪ Depresión - 35% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 50% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión ▪ Trauma - 44% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 61% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
IPT	7,576	50%	- 31% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 50% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión
LIFE	431	65%	- 36% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 50% de reducción de los comportamientos perturbadores
MAP	63,003	54%	- 46% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 43% de reducción de los comportamientos perturbadores - 55% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión - 44% de reducción de los síntomas relacionados con la ansiedad - 50% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
MHIP	Ansiedad 2,280 Depresión 5,981 Trauma 297	Ansiedad 38% Depresión 34% Trauma 29%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad - 58% de reducción de los síntomas relacionados con la ansiedad ▪ Depresión - 60% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión ▪ Trauma - 24% de reducción de los síntomas asociados a la exposición al trauma
MDFT	77	89%	- 25% de mejora en el funcionamiento de la salud mental
MST	126	73%	- 46% de mejora en el funcionamiento de la salud mental
PCIT	4,364	40%	- 58% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 53% de reducción de los comportamientos perturbadores
PST	395	62%	- 28% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 45% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión
PEARLS	165	48%	- 26% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 45% de reducción de los síntomas relacionados con la depresión
PATHS	747	33%	- 37% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 33% de reducción de los comportamientos perturbadores
RPP	247	71%	- 9% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 15% de reducción de los comportamientos perturbadores
SS	20,546	40%	- 36% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 31% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
TF-CBT	24,532	54%	- 48% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 51% de reducción de los síntomas relacionados con el estrés postraumático
Triple P	6,280	60%	- 42% de mejora en el funcionamiento de la salud mental - 47% de reducción de los comportamientos perturbadores

■ INTERVENCIÓN TEMPRANA			
Anterior AF 2019-20		Anterior AF 2018-19	
47,602 Número Total de Personas Atendidas ¹	\$192.1 millones Gastos Brutos Totales	50,865 Número Total de Personas Atendidas	\$188.4 millones Gastos Brutos Totales
AF 2021-22		Plan Trienal AFs 2021-24	
49,233 Número Total de Personas Atendidas ²	\$194.5 millones Gastos Brutos Estimados	\$602.4 millones Gastos Brutos Estimados	

Notas

- 1 Número Total de Personas Atendidas el Año Anterior: Número de clientes no duplicados que reciben Servicios Directos del Modo 15, sin incluir los servicios de extensión comunitaria ni los servicios de apoyo al cliente
- 2 AF 2021-22 Número Total de Personas Atendidas: Refleja la media de los dos años anteriores

B. PREVENCIÓN

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input checked="" type="checkbox"/> Niños en edades de 0 - 17	<input checked="" type="checkbox"/> TAY Edades de 16 - 24	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Edades de 24 - 59	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos mayores edades de 60+
Descripción del programa				
<p>Las siguientes actividades y servicios de prevención están diseñadas para abordar, a través de la concienciación, educación, formación, alcance y/o navegación, los factores de riesgo asociados con el inicio de enfermedades mentales o perturbaciones emocionales, incluyendo un enfoque en aumentar los factores de protección, tales como las conexiones sociales y el apoyo.</p> <p>La pandemia del COVID-19 afectó a la entrega de servicios de prevención. Algunos programas pudieron adaptarse proporcionando servicios virtuales, mientras que otros no pudieron continuar prestando servicios bajo las directrices del distanciamiento social y otros temas de seguridad. Como resultado, este reporte refleja tanto una entrega de servicios como una recolección de datos reducidos.</p>				

FY 2019-20 ■ PREVENCIÓN Datos y Resultados

B1. Asociaciones Comunitarias

LACDMH está asociada con varias agencias del condado y de la ciudad, como los siguientes departamentos del condado de Los Ángeles: Departamento de Parques y Recreación, Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS), el DPH, el Departamento del Sheriff, y la Biblioteca Pública; y el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (Los Angeles Unified School District, LAUSD) para proveer programaciones de prevención y promoción de la salud mental a las poblaciones atendidas por dichas agencias. Los programas con la Biblioteca Pública y con Parques y Recreación son los más grandes, con más de 400,000 contactos públicos en el año fiscal 2019-20. Otros programas asociados atendieron aproximadamente a 50.000 personas en total durante el año fiscal 2019-20.

- **Atención a la Salud Infantil, Inscripción, Utilización, y Retención (CHOEUR)**

El Programa de Iniciativas de Atención a la Salud Infantil (Children’s Health Outreach Initiatives, CHOI) de la DPH administra los servicios CHOEUR a los niños sin cobertura de seguros y a los individuos del condado que sean elegibles para Medi-Cal, Covered California, My Health LA, y a otros programas de bajo costo para cobertura de salud. Los proveedores CHOEUR utilizan varias técnicas para brindar atención e inscribir a la gente en las coberturas de salud, brindando evaluaciones individuales de elegibilidad para dichas coberturas. Se valen de diversas técnicas para reducir las barreras a la inscripción en coberturas de salud y la utilización de beneficios, e implementan estrategias para apoyar la retención de dichas coberturas. Los proveedores de servicios CHOEUR incorporan una evaluación de la salud mental adicional, proporcionando al mismo tiempo una atención completa y coordinada a la cobertura de salud, su inscripción, utilización y servicios de retención para niños y familias. El personal de CHOEUR atendió a 41,667 personas durante el año fiscal 2019-20. De estas, ayudaron a 14,342 con la aplicación a los beneficios, verificando la inscripción y brindando soluciones a los problemas de 25.000 personas.

Tabla 30. CHOEUR Estadísticas demográficas de los clientes (n = 20,838)

Idioma Principal		Origen étnico	
Árabe	18	Hispano o Latino como sigue:	14.522
Armenio	12	Caribeño	22
Camboyano	67	Centroamericano	2.946
Inglés	6.694	Mexicano/mexicoamericano/chicano	8,711

Persa	9	Puertorriqueño	26
Coreano	5	Suramericano	220
Otro Chino	469	Otro	2.590
Ruso	25	No hispano o no latino como sigue:	6.316
Español	10.518	Africano	312
Tagalo	77	Asiático hindú/ del sur de Asia	260
Vietnamita	253	Camboyano	105
Otro	996	Chino	484
No responde	1,695	Europeo oriental	34
▪ Edad		Europeo	44
0-15	3.822	Filipino	392
16-25	3.669	Japonés	81
26-59	10.776	Coreano	30
De más de 60 años	2.012	Medio Oriente	86
No responde	559	Vietnamita	288
▪ Género asignado al nacer		Otro	1.178
Masculino	7.499	Más de un origen étnico	150
Femenino	11.235	No responde	2.872
No responde	2.104	▪ Raza	
▪ Identidad de género actual		Indio americano	17
Masculino	5.825	Asiático	2.147
Femenino	9.550	Negro o afroamericano	396
Transgénero	19	Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	29
Género no binario	19	Blanco	7.491
Inseguro	16	Más de una raza	133
Otra identidad de género	14	No responde	10.625
No responde	5.488	▪ Orientación sexual	
▪ Discapacidad		Homosexual o lesbiana	74
No	14.779	Heterosexual	14.044
Si	11.105	Homosexual	6
Dificultad para ver	53	Inseguro	2
Dificultad para escuchar	34	No responde	6.712
Capacidad mental	95		
Dominio físico/ de movilidad	147	▪ Estatus de veterano	
Condición crónica de salud	569	Si	114
Otro	379	No	14.206
No responde	5.046	No responde	6.518

▪ **Programa de visitas domiciliarias (Home Visitation Program, HVP)**

El HVP incluye los siguientes programas de visitas domiciliarias: Familias Saludables América (Healthy Families America, HFA), Padres como Profesores (Parents as Teachers, PAT), y Asociación Enfermera Familia (Nurse Family Partnership, NFP) que tienen como objetivo a mujeres embarazadas de alto riesgo y bajo ingreso, así como a padres/cuidadores con niños en edades de entre 0 y 5 años. Se integraron evaluaciones de salud mental y factores de protección en los servicios existentes, como parte de los esfuerzos para disminuir los factores de riesgo y para brindar apoyo y servicios. Las habilidades de los visitantes domiciliarios del HVP también fueron mejoradas, por medio de entrenamientos a fin de que reconozcan los factores de riesgo de salud mental y para que hagan referencias a tratamientos de salud mental cuando sea necesario.

El HVP utiliza los siguientes indicadores para medir los resultados: conexiones sociales, conocimiento del desarrollo del niño por parte de los padres o cuidadores, autosuficiencia, comportamientos de riesgo, resultados de los partos, desarrollo de los niños incluyendo preparación para el jardín de infancia, y resiliencia de los padres y la familia. Además, para determinar la correlación entre los servicios y la mejoría en los resultados de las evaluaciones, la NFP creó un grupo de madres cuyo progreso se registró durante el año fiscal 2019-20. Las puntuaciones de las mujeres de este grupo disminuyeron durante los 12 meses del servicio, mostrando un descenso de la ansiedad y de los síntomas depresivos.

Tabla 31. HVP Estadísticas demográficas de los clientes (n = 2,015)

▪ Idioma Principal		▪ Origen étnico	
Armenio	1	Hispano o Latino como sigue:	1.471
Camboyano	11	Caribeño	8
Cantones	11	Centroamericano	271
Inglés	1.269	Mexicano/mexicoamericano/chicano	977
Español	676	Puertorriqueño	11
Tagalo	2	Suramericano	20
Vietnamita	1	Otro	179
No responde	44	No hispano o no latino como sigue:	622
▪ Edad		Africano	67
0-15	17	Asiático hindú/ del sur de Asia	14
16-25	979	Camboyano	11
26-59	1,008	Chino	12
No responde	11	Europeo oriental	7
▪ Género asignado al nacer		Europeo	15
Masculino	24	Filipino	23
Femenino	1,343	Japonés	2
No responde	648	Coreano	5
▪ Identidad de género actual		Medio Oriente	14
Masculino	24	Vietnamita	2
Femenino	1,343	Otro	178
Transgénero	10	Más de un origen étnico	44
Género no binario	3	No responde	233
Inseguro	1	▪ Raza	
Otra identidad de género	21	Indio americano	12
No responde	613	Asiático	81
▪ Discapacidad		Negro o afroamericano	260
No	1,507	Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	5
Si	449	Blanco	766
Dificultad para ver	2	Más de una raza	54
Dificultad para escuchar	4	Otro	834
Capacidad mental	83	No responde	3
Dominio físico/ de movilidad	3	▪ Estatus de veterano	
Condición crónica de salud	202	Si	31
Otro	247	No	1919
No responde	59	No responde	65

▪ *Servicios Integrados de Entrenamiento en Salud Correccional (Integrated Correctional Health Training Services, ICHS)*

Las formaciones proporcionadas a través de este proyecto fueron diseñadas con la finalidad de educar al personal de salud mental de las cárceles para poder identificar mejor, responder e intervenir a hombres y mujeres a los que se identifique con necesidades de salud mental durante su permanencia en las cárceles de condado. El personal de apoyo de salud correccional y los proveedores médicos realizan evaluaciones de necesidades, así como talleres como: Cuidado Compasivo en Reclusos/Usuarios de Salud Mental, Cuidado Informado de Traumas, Prevención del Suicidio, Trabajo Clínico en Ciencias Forenses, Salud Mental para Enfermeros en Salud Correccional, Evaluación de Riesgo de Suicidio para Enfermeras de Salud Correccional, Diagnóstico DSM, y otros entrenamientos. LACDMH administró su formulario de evaluación de formación a los participantes al final de cada capacitación. Se les consultó a los participantes su grado de satisfacción en cuanto al cumplimiento de los objetivos de aprendizaje. La mayoría de los participantes calificó los entrenamientos como "Excelente" o "Muy bueno" No se obtuvieron estadísticas demográficas de los 689 participantes de estas sesiones, que se llevaron a cabo en inglés.

▪ *Programas de Prevención Infantil, Familia y Comunidad de la Biblioteca*

Este programa tiene como objetivo incrementar los factores de protección, mitigando al mismo tiempo el impacto de los factores de riesgo asociados con las enfermedades psiquiátricas y los resultados negativos. También tiene por finalidad atender a cuatro objetivos poblacionales primarios: 1) Niños pequeños y sus padres/cuidadores, 2) Niños en edad escolar, 3) TAY, y 4) adultos mayores.

El personal de la biblioteca fue capacitado para impartir varios programas de promoción de salud mental, abarcando los entregables enumerados a continuación.

Tabla 32. Entregables de los programas de la biblioteca

Programa de Biblioteca	Entregable
Hora de Cuentos Smarty Pants para Preparación Escolar	37,000 contactos con niños y cuidadores adultos
Triple P	8,358 consultas
Programas Después de la Escuela	45,169 jóvenes asistentes
Programa de Descubrimiento del Verano	Asistieron 18,853 niños y padres
STEAM/Mākmō	Cerca de 30,000 asistentes

Tabla 33. Estadísticas demográficas de los clientes de la biblioteca (n = 3,293)

▪ Idioma Principal	
Árabe	20
Armenio	25
Camboyano	3
Chino (Cantonés y Mandarín)	256
Inglés	2.873
Persa	15
Coreano	53
Ruso	11
Español	997
Tagalo	13
Vietnamita	13
Otro	86
No responde	13
▪ Edad	
0-15	400

16-25	243
26-59	2.729
60+	350
No responde	31

- Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (Los Angeles Unified School District, LAUSD)**
 El LAUSD realiza una variedad de intervenciones de promoción de salud mental con los estudiantes y sus padres, que incluyen: More Than Sad (Más que Triste), Erika’s Lighthouse (El Faro de Erika), FOCUS Resilience Curriculum (Currículo de Resiliencia FOCUS), FOCUS on Parenting (FOCUS en ser Padres), y Triple P. Durante el año fiscal 2019-20, estos programas atendieron a 14,000 estudiantes y padres.

Figura 23. Resultados de Autoeficacia

Porcentaje de afirmación de reporte es Muy/Bastante cierto (n = 14.069)

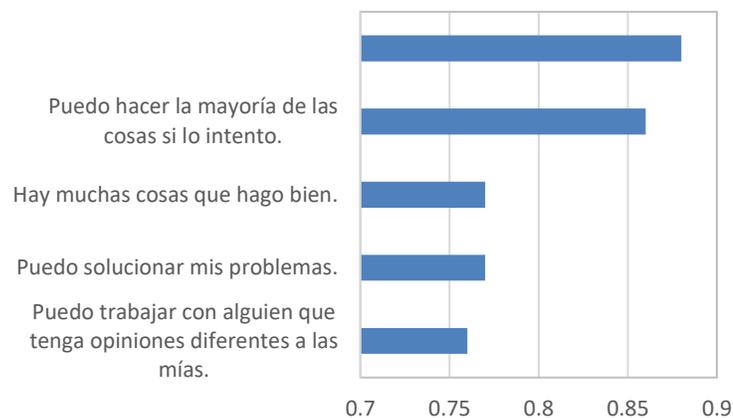


Figura 24. Resultados de Conectividad de Estudiantes

Porcentaje de estudiantes en grados del 4-8 que reportan las afirmaciones como verdaderas La mayoría/Todo el tiempo al hacerles las siguientes preguntas: “¿Los profesores y otros adultos en la escuela...” (n = 6,535)

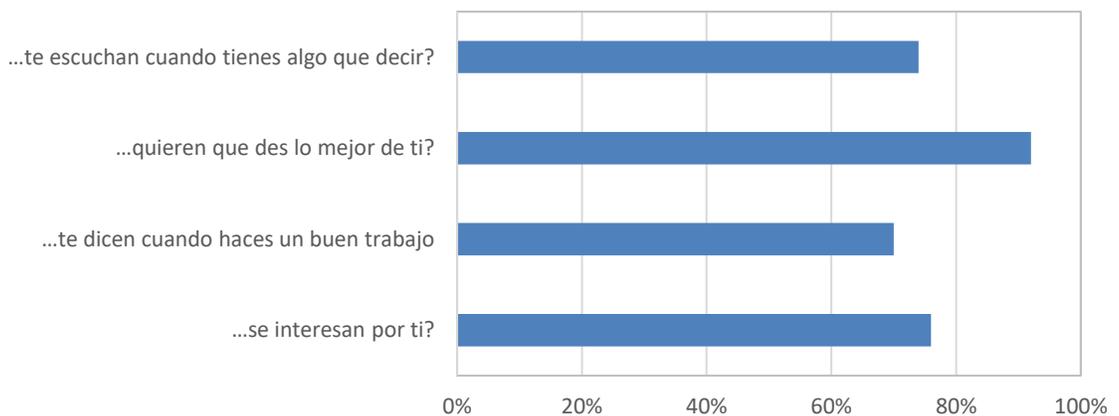


Tabla 34. LAUSD Estadísticas demográficas de clientes (n = 11,281)

▪ Idioma Principal		▪ Origen étnico	
Árabe	20	Hispano o Latino	9.787
Armenio	55	No hispano o no latino sigue:	
Camboyano	5	Africano	604
Cantonés	40	Asiático hindú/ del sur de Asia	157
Inglés	3.042	Camboyano	11
Persa	1	Chino	20
Coreano	9	Europeo	358
Mandarín	6	Filipino	205
Ruso	16	Japonés	2
Español	7.762	Coreano	10
Tagalo	172	Vietnamita	7
Vietnamita	12	Otro no hispano o no latino	41
Otro	141	Más de un origen étnico	69
▪ Género		No responde	10
Masculino	5.712	▪ Raza	
Femenino	5.569	Indio americano o nativo de Alaska	35
▪ Discapacidad		Asiático	462
Si	1.249	Negro o afroamericano	682
Condición crónica de salud	1	Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	38
Capacidad mental	122	Blanco	371
Capacidad física/ de movilidad	15	Otro*	9.448
Dificultad para ver	1	No responde	245
Dificultad para escuchar	36	▪ Edad	
Otro	1.074	0-15	8.676
No responde	10.032	16-25	2.605

*El origen étnico y la raza se combinaron en una categoría por parte de LAUSD. Por tanto, algunos estudiantes identificados como hispanos o latinos se codificaron como de raza "otro" Hispano, Latino y Filipino fueron los únicos orígenes étnicos codificados por separado de la raza.

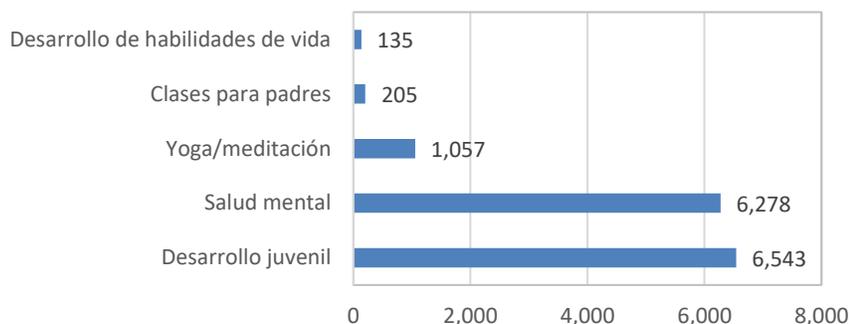
▪ **Programa Parques por la Noche (Parks after Dark, PAD)**

El PAD es un programa que ofrece horario extendido en los parques con actividades para jóvenes y familias a fin de aumentar la actividad física, reducir la violencia e incrementar la salud y el bienestar social entre residentes de todas las edades en la comunidad. Al proveer servicios PEI por medio de la educación en salud mental, la atención y la identificación temprana (antes del diagnóstico), LACDMH puede mitigar los resultados negativos a largo plazo para los usuarios de salud mental y sus familias. El PAD tiene como objetivo reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección, en apoyo a las regulaciones MHSA PEI.

El Departamento de Parques y Recreación posee gran potencial para atacar las brechas de servicio, al funcionar como centros comunitarios en los cuales las organizaciones de salud mental y otras pueden brindar educación y atender a las poblaciones vulnerables, permitiendo a los participantes de todas las edades acceder de forma sencilla a una diversa gama de servicios importantes y de recursos en el marco de un ambiente cómodo y divertido, menos estigmatizado que un edificio gubernamental o una clínica de salud mental. Con el objetivo de incrementar el acceso a la programación recreacional libre y a los servicios de salud y sociales, la asistencia total se reportó por encima de los 270,000 en el año fiscal 2019-20.

De aquellos que completaron las encuestas PAD, 69% fueron hispanos/latinos. Aquellos con edades de 15 o menos comprendieron aproximadamente un cuarto de los participantes encuestados, mientras aquellos de 16 a 25 comprendieron el 13% de los participantes encuestados. Aproximadamente dos tercios de los participantes encuestados eran mujeres.

Figura 25. Número de participantes PAD por tipo de actividad relacionada con la salud mental



Nótese que la mayoría de los participantes asistieron a actividades que involucraban Entretenimiento, Deportes, Ejercicio y Comida.

▪ **Programa de Socios de Permanencia (Permanency Partners Program, P3), Hallazgo Anticipado de Familia (Upfront Family Finding, UFF)**

El programa P3 puede mejorar los resultados para los niños y jóvenes al brindar un enfoque específico en la participación de la familia y los miembros no emparentados de la familia extendida para incrementar la estabilidad de asignación y proporcionar oportunidades de conexión social. Del mismo modo, el UFF se creó para reducir el riesgo de resultados negativos para niños y jóvenes a consecuencia de la falta de apoyo familiar y de conexiones sociales significativas, así como de recursos. El objetivo del UFF es realizar esfuerzos en cuanto a la búsqueda de familia para los niños y jóvenes, tan cerca de la fecha de detención como sea posible, por un periodo de 90 días. Se recopilan datos en lo concerniente al tipo de asignación para cada niño o joven atendido. De los 667 niños atendidos en el año fiscal 2019-20, 178 mantuvieron su asignación a la casa de un familiar y 319 mantuvieron su asignación en la casa de una familia de acogida. Estas intervenciones reducen las tasas de participación actividades delictivas, el uso de asistencia pública, reducción de múltiples asignaciones y el aislamiento familiar.

Tabla 35. P3/UFF Estadísticas demográficas de clientes (n = 667)

▪ Idioma Principal		▪ Edad	
Camboyano	2	0-15	609
Inglés	478	16-25	58
Español	134	▪ Origen étnico	
No responde	53	Hispano o Latino como sigue:	109
▪ Género asignado al nacer		Centroamericano	12
Masculino	230	Mexicano/mexicoamericano/chicano	97
Femenino	356	No hispano o no latino como sigue:	66
No responde	81	Africano	594
▪ Identidad de género actual		Camboyano	70
Masculino	197	Europeo	1
Femenino	313	Otro no hispano o no latino	20
Transgénero	2	No responde	492
Otra identidad de género	1	▪ Raza	
No responde	154	Indio americano o nativo de Alaska	6

Discapacidad			Asiático	7
No	536		Negro o afroamericano	125
Si	46		Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	3
Condición crónica de salud	23		Blanco	155
Capacidad mental	17		Otro	262
Capacidad física/ de movilidad	3		Más de una raza	30
Dificultad para ver	1		No responde	79
Dificultad para escuchar	2			
No responde	85			

■ **Prevención de la Mendicidad Promoción de la Salud (Prevent Homelessness Promote Health, PH 2)**

En colaboración con Viviendas para la Salud (Housing for Health) del DHS, este programa provee servicios a los residentes de las Instalaciones de Alojamiento Interino Autorizadas, de las Viviendas de Apoyo Permanente y a otros residentes en peligro de volver a caer en la mendicidad. Los servicios consisten en proporcionar EBPs por tiempo limitado y modalidades apropiadas de tratamiento, así como intervenciones ejecutadas por un equipo integrado por personal de LACDMH y DHS. Este programa arrancó en 2020 e incluirá sus resultados en el próximo reporte.

■ **Prevención y Cuidado Posterior (Prevention and Aftercare, P&A)**

Este programa está destinado a niños residentes del condado de Los Ángeles que estén en riesgo de ingresar al sistema DCFS, que estén involucrados en el DCFS, o que hayan salido del sistema de bienestar infantil. Todos los niños y familias reciben servicios específicamente adaptados para atender sus necesidades e incluyen uno o más de los siguientes:

- actividades comunitarias, eventos y talleres que atienden y motivan a la familia, aumentan sus conocimientos financieros, les conciencian acerca de los apoyos concretos para cubrir sus necesidades básicas, y/o incrementan el acceso y utilización de los recursos, soportes y servicios;
- navegación de casos: servicios de gestión de casos que evalúan las necesidades de los participantes, proveen orientación y empoderamiento, brindan enlaces directos y referencias, ayudan a los participantes a determinar objetivos, les permiten desarrollar habilidades, y/o proporcionan desarrollo económico.

Las agencias P&A administraron la Encuesta de Factores de Protección (Protective Factors Survey, PFS) durante la inscripción y la finalización. Durante el año fiscal 2019-20, las agencias P&A entrevistaron a 3,157 participantes. No todos los casos se evaluaron al terminar debido a la deserción. La tabla inferior refleja el puntaje promedio para las PFS en la inscripción y finalización, así como el porcentaje de cambio. Las familias demostraron un incremento en los factores de protección, incluyendo la resiliencia de los padres, las conexiones sociales, conocimiento de la paternidad y el desarrollo infantil, la competencia social y emocional de los niños, apoyo concreto en tiempos de necesidad, oportunidad económica de la familia y competencia social/emocional de los adultos. Nótese que el promedio para cada factor de protección se incrementó desde el nivel base hasta la terminación por lo menos en un 8%.

Tabla 36. Factores de Protección P&A en la inscripción y finalización

Factor de Protección Evaluado	Puntaje Promedio Inicial	Puntaje Final Promedio	Porcentaje de Cambio Pre-Post
Resiliencia de los padres	5.33	5.74	8%
Conexiones Sociales	5.32	5.81	9%
Apoyo concreto en tiempo de necesidad	3.61	4.43	23%
Conocimiento de paternidad y desarrollo infantil	4.10	4.33	6%
Competencia social y emocional de los niños	6.24	6.37	2%
Oportunidad/desarrollo económico familiar	4.99	5.35	7%
Competencia social y emocional de los adultos	5.90	6.19	5%
Promedio general de PFS	5.07	5.46	8%

Durante el año fiscal 2019-20, las agencias P&A organizaron un total de 436 eventos, con una asistencia total estimada de más de 12.000. Estos eventos iban desde talleres puntuales hasta eventos comunitarios más grandes. Se recolectaron un total de 4.492 encuestas de eventos únicos. De aquellos encuestados, aproximadamente el 90% reportó poder conectarse con otros, el 80% reportó haber aprendido algo nuevo acerca de ellos mismos o sus familias, 88% reportó haber aprendido acerca de los recursos que podrían serles de utilidad a ellos mismos o a sus familias, y el 86% reportó haber aprendido claves, herramientas y recursos para fortalecer su propio bienestar y el de su familia.

Tabla 37. P&A Estadísticas demográficas de clientes (n = 3,157)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idioma Principal 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad 	
Árabe	6	0-15	4
Armenio	1	16-25	320
Camboyano	2	26-59	2.452
Chino (Incluye Cantonés y Mandarín)	19	60 o mayor	91
Inglés	1.476	No responde	290
Coreano	107	▪ Origen étnico	
Español	1.479	Hispano o Latino como sigue:	
Tagalo	7	Caribeño	19
Vietnamita	1	Centroamericano	393
Otro	20	Mexicano/Méjico americano/Chicano	1.516
No responde	39	Puertorriqueño	16
▪ Género asignado al nacer		Suramericano	73
Masculino	607	No Hispano o No Latino como sigue:	
Femenino	2.504	Africano	205
No responde	46	Asiático hindú/ del sur de Asia	11
▪ Identidad de género actual		Camboyano	2
Masculino	623	Chino	19
Femenino	2.463	Europeo oriental	8
Transgénero	1	Europeo	33
Género no binario	3	Filipino	19
Inseguro acerca de la identidad de género	1	Japonés	1
Otra identidad de género	2	Coreano	110
No responde	64	Oriente Medio	6

▪ Discapacidad			Vietnamita	3
No	2.020		Otro	137
Si	890		Más de un origen étnico	46
Dificultad para ver	76		No responde	279
Dificultad para escuchar	38		▪ Raza	
Capacidad mental	236		Indio americano	118
Capacidad física/ de movilidad	123		Asiático	168
Condición crónica de salud	343		Negro o afroamericano	496
Otro	77		Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	8
No responde	247		Blanco	837
▪ Estatus de veterano			Otro	1.196
Si	43		Más de una raza	43
No	2.995		No responde	291
No responde	119			

▪ **Educación Artística Escolar Enfocada en la Sanación**

El Consejo de Coordinación Educativa (Education Coordinating Council, ECC) de la Oficina de Protección Infantil del Condado de Los Ángeles, el Departamento de Artes y Cultura del Condado de Los Ángeles (Artes y Cultura) y la Red de Artes para la Juventud Encarcelada (Arts for Incarcerated Youth Network, AIYN) se han asociado con LACDMH para promover comunidades de bienestar dentro de escuelas públicas seleccionadas para centralizar las artes como una estrategia de sanación y de construcción de comunidades. Este modelo está diseñado para apoyar al personal escolar en la incorporación de estrategias artísticas enfocadas en la sanación en los salones de clases y en las actividades en campus. Este proyecto establecerá culturas escolares enraizadas en las prácticas del cuidado enfocado en la sanación, mediante la instrucción basada en el arte para los estudiantes, el desarrollo profesional y actividades de construcción de comunidades. Este trabajo constituye un esfuerzo de cambio sistémico en el cual los recintos fundamentados en la sanación sirven como modelos dentro de sus distritos escolares.

Mediante pivotes virtuales entre marzo y junio de 2020, llegamos de forma exitosa a 301 jóvenes y adultos que trabajan con la juventud, incluyendo a 55 educadores y cuidadores y a 146 sitios de cuidado congregado. Una evaluación formativa y nuestros datos iniciales sugieren que las actividades creativas de bienestar tuvieron numerosos efectos positivos en la habilidad de los educadores para encarar la salud mental y bienestar de los estudiantes con enfoques basados en las artes e informados en lo que respecta a la sanación, y para incorporar estas técnicas en los currículos existentes y en las actividades en el campus.

▪ **Trastorno por Consumo de Sustancias: Apoyo a los Padres Enfocado en el Trauma (Substance Use Disorder: Trauma-Informed Parent Support, SUD-TIPS)**

Este programa brinda educación, evaluación y enlace a tratamientos contra el uso de sustancias, servicios de salud mental, y otros servicios de apoyo social para padres adultos identificados por la DFCS como consumidores de sustancias. Durante el año fiscal 2019-20, se evaluaron 940 personas. Durante la evaluación inicial, se hicieron preguntas para medir los apoyos concretos, la resiliencia de los padres y la conexión social. De los evaluados, más de dos tercios reportaron que tienen a otras personas que los escuchan cuando necesitan hablar sobre problemas o cuando hay una crisis. Más de un cuarto reportó que no sabría dónde acudir a buscar ayuda si tuviese problemas para pagar sus deudas, o que no sabían dónde ir si necesitaran ayuda para buscar un empleo. La LACDMH y Salud DPH están trabajando en conjunto a fin de determinar las herramientas para evaluar la efectividad del programa y los resultados esperados.

Tabla 38. SUD-TIPS Estadísticas demográficas de clientes (n = 940)

▪ Idioma Principal		▪ Origen étnico	
Armenio	3	Hispano o Latino como sigue:	
Inglés	760	Centroamericano	47
Ruso	3	Mexicano/mexicoamericano/chicano	482
Español	156	Puertorriqueño	4
Otro	2	Suramericano	16
No responde	16	No Hispano o No Latino como sigue:	
▪ Edad		Africano	42
15-25	191	Asiático hindú/ del sur de Asia	4
26-35	435	Europeo oriental	9
36 o mayor	314	Europeo	28
No responde	16	Filipino	3
▪ Género asignado al nacer		Oriente Medio	6
Masculino	340	Otro	216
Femenino	578	Más de un origen étnico	35
No responde	22	No responde	48
▪ Identidad de género actual		▪ Raza	
Masculino	577	Indio americano o nativo de Alaska	5
Femenino	342	Asiático	5
Género no binario	1	Negro o afroamericano	101
Otra identidad de género	2	Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	9
No responde	18	Blanco	394
▪ Estatus de veterano		Otro	331
No	940	Más de una raza	52
▪ Discapacidad		No responde	43
No	940		

▪ *Aprendizaje Artístico Potenciado por la Tecnología - Aprendizaje Social Emocional (Technology Enhanced Arts Learning – Social Emotional Learning, TEAL-SEL)*

Desarrollado e implementado en asociación con la Oficina de Educación del Condado de Los Ángeles (LA County Office of Education, LACOE), el Centro de Aprendizaje a Distancia y En Línea (Center for Distance and Online Learning, CDOL) y con LACDMH, TEAL-SEL es un programa de desarrollo profesional que ofrece a los educadores TK-6 actuales y en preparación, una serie de recursos en línea y de capacitaciones presenciales enfocadas en integrar las artes (danza, artes de los medios, música, teatro, artes visuales), aprendizaje social emocional, y prácticas enfocadas en el trauma en la enseñanza de otras materias fundamentales (artes del lenguaje, matemáticas, ciencia, estudios sociales).

En cada desarrollo profesional TEAL, se hizo una encuesta de salida para evaluar los resultados de tres factores de protección primarios, obteniendo lo siguiente:

- Un promedio del 96% reportó un incremento en su capacidad de estimular la conexión social entre los estudiantes
- Un promedio de 96% reportó un incremento de su conocimiento acerca del desarrollo infantil
- Un promedio de 97% reportó un incremento en la competencia social y emocional

- *Red de Acceso a Compañeros Veteranos (Veterans Peer Access Network, VPAN)*

La misión de VPAN es brindar una red de cuidado coordinada de alta calidad que sea fácilmente accesible para los miembros de servicio del condado de Los Ángeles, los veteranos y sus familias, por medio de una VPAN duradera y de clase mundial que desplegará a compañeros veteranos y de familia militar entrenados a lo largo del condado de Los Ángeles, a fin de conectar a los veteranos y sus familias con recursos críticos que incluyan: viviendas, cuidados de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, colocación laboral y servicios legales. La VPAN comenzó a principios de 2020 y en ella participaron 340 clientes veteranos desde marzo a junio de 2020. Se espera que muchos más veteranos participen en este programa en 2021.

- *Navegadores de Servicios Veteranos*

Este programa de servicios de salud mental a veteranos se servirá de militares veteranos para involucrar a otros veteranos y sus familias en la identificación de los servicios actualmente disponibles, incluyendo apoyos y servicios adaptados a las particularidades culturales, de origen étnico, de edad y de identidad de género de aquellos que busquen asistencia. El personal hace seguimiento con los veteranos y sus familias para asegurar que se enlacen exitosamente y que reciban la ayuda que necesitan. Los navegadores se involucran en esfuerzos de planificación unificados con los socios comunitarios, que incluyen los grupos de veteranos, administración de veteranos, organizaciones basadas en la comunidad, otros departamentos del condado, personal intradepartamental, escuelas, programas de servicios de salud, organizaciones basadas en la fe, grupos de autoayuda y defensa, con el objetivo de incrementar el acceso a los servicios de salud mental y fortalecer la red de servicios disponibles para los veteranos dentro y fuera del sistema de salud mental. El personal asiste a los veteranos y sus familias al promover la conciencia acerca de los temas de salud mental y trabajar para eliminar el estigma de la búsqueda ayuda.

En el año fiscal 2019-20, navegadores militares y de asuntos de veteranos participaron en 43 eventos de atención a la comunidad, brindando información de beneficios para incluir referencias al cuidado de la salud y la salud mental al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), clínicas, centros de veteranos, y a asuntos de veteranos en Los Ángeles Oriental, y Long Beach. Todos los navegadores de servicios de veteranos (incluyendo, pero no limitándose a los patrocinados por LACDMH) asistieron a 14.476 veteranos para hacer 31.500 solicitudes, incluyendo casi 300 para tratamientos de salud mental. Hubo 394 remisiones de indigentes, 1,025 veteranos femeninos, 292 veteranos sin hogar, y 48 veteranos recluidos atendidos por el programa.

▪ **Redirección y Desarrollo Juvenil (Youth Diversion and Development, YDD)**

El programa YDD consta de tres componentes:

- La Cumbre Anual YDD es una conferencia diseñada para proporcionar formaciones y desarrollo de capacitaciones al orden público, agencias con base en la comunidad, agencias de servicio a la juventud, y a los interesados clave. La cumbre YDD no se realizó este año debido al COVID-19.
- Los Servicios de Desarrollo Juvenil (Youth Development Services, YDS) es una gestión intensiva de casos que se proporciona a los jóvenes identificados y referidos a través de las fuerzas de orden público por medio de socios contratados con base en la comunidad. Otro aspecto de la YDS es el Guardián de mi Hermano (My Brother's Keeper, MBK), una mentoría y programa de desarrollo juvenil con base en la escuela que toma en cuenta el trauma y se enfoca en mejorar la finalización de la escuela secundaria y reducir la incidencia en el sistema de justicia. En el año fiscal 2019-20, los proveedores de YDS MBK crecieron de 10 a 24 escuelas, atendiendo a 381 estudiantes. Las estadísticas demográficas de estos estudiantes se indican a continuación.
- El tercer aspecto: el entrenamiento y asistencia técnica YDD, involucra la educación, capacitación y asistencia técnica necesaria para proveer servicios intensivos de gestión de casos juveniles y asegurar el éxito del programa YDD.

Tabla 39. YDS MBK Estadísticas demográficas de clientes (n = 381)

▪ Idioma Principal		▪ Origen étnico	
Inglés	182	Hispano o Latino como sigue:	
Español	19	Centroamericano	8
No responde	180	Mexicano/mexicoamericano/chicano	86
▪ Edad		Suramericano	5
0-15	218	Otro hispano	10
16-25	160	No hispano o no latino como sigue:	
No responde	3	Africano	13
▪ Identidad de género actual		Asiático hindú/ del sur de Asia	2
Masculino	150	Medio Oriente	1
Femenino	62	Otro no hispano	35
Género no binario	1	No responde	221
No responde	168	▪ Raza	
▪ Discapacidad		Indio americano o nativo de Alaska	2
No	149	Negro o afroamericano	89
Si	34	Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico	3
Dificultad para ver	3	Blanco	16
Dificultad para escuchar	1	Otro	169
Discapacidad mental	14	Más de una raza	7
Condición crónica de salud	12	No responde	95
Otro tipo de discapacidad	4	▪ Orientación sexual	
No responde	198	Homosexual o lesbiana	3
		Heterosexual	178
		Bisexual	11
		Otra orientación sexual	1
		No responde	220

B2. Prevención: Atención a la Comunidad

LACDMH ha expandido sus Servicios PEI de Atención a la Comunidad (Community Outreach Services, COS) a fin de lograr lo siguiente:

- Aumentar el número de individuos que reciben servicios de prevención e intervención temprana;
- Atender a las comunidades necesitadas a través de servicios de educación y promoción de la salud mental apropiados a su cultura; y
- Brindar educación en salud mental y reducir el estigma de los asuntos relacionados con este tema en nuestras comunidades.

El COS proporciona que la red LACDMH PEI pueda brindar servicios tales como la educación e información a individuos que no son clientes formales del sistema de salud mental y a proveedores que están fuera del sistema de salud mental del condado. Frecuentemente, los individuos, sus padres, familia, cuidadores, y otras redes de apoyo que necesitan o se beneficiarían de servicios de prevención e intervención temprana en salud mental no buscan los servicios tradicionales basados en clínicas debido a una multitud de factores. La atención a la comunidad es un componente clave para iniciar y proporcionar servicios de apoyo efectivos en cuanto a salud mental para esos individuos. La mayoría de los programas no son prácticas basadas en la evidencia, pero sin embargo tienen datos significativos e investigaciones que indican la efectividad de sus servicios.

Resultados de COS

En años anteriores, LACDMH, en colaboración con RAND, desarrolló cuestionarios que solicitan a los individuos reportar acerca del bienestar general, riesgos y factores de protección de nuestros programas COS. Para cada población diferente (adultos, padres, jóvenes), fueron suministradas unas encuestas al principio de la actividad de prevención; y también se les entregaron unas encuestas de seguimiento a los clientes después de haber participado en dicha actividad.

En el año fiscal 2019-20, LACDMH suspendió el instrumento creado por RAND Corporation para recolectar los resultados de los programas COS. LACDMH está haciendo algunos cambios al protocolo de recolección de datos para los programas de prevención financiados por PEI. Estos cambios fueron propuestos después de consultar con expertos en la materia las dudas de nuestros interesados en cuanto a reducir la carga de recolectar medidas adicionales asegurando al mismo tiempo que los datos satisfagan las regulaciones de evaluación PEI.

Tabla 40. Servicios de prevención COS facilitados

Agencia	Programa(s)	Número de atendidas
Alcott Center	No reportado	148
Alma Family Services	No reportado	No reportado
Child & Family Center	No reportado	No reportado
Child & Family Guidance Center	No reportado	No reportado
Childnet Youth & Family Services	No reportado	8.040
Childrens Center of the Antelope Valley	PCIT	695
Children's Hospital of LA	Años increíbles	No reportado
Children's Institute	No reportado	No reportado
Community Family Guidance Center	Triple P Nivel 2	18
Counseling4Kids	No reportado	No reportado
Didi Hirsch	No reportado	No reportado
Dignity Health	No reportado	No reportado
El Centro de Amistad	No reportado	No reportado
Emotional Health Association SHARE	Self-help support group referral service	2.355
Enki Health & Research Systems	More than Sad; MPAP	No reportado
Exceptional Childrens Foundation	No reportado	No reportado
Foothill Family Services	No reportado	50
Hamburger Home	No reportado	No reportado

Agencia	Programa(s)	Número de atendidas
Hathaway Sycamores Child & Family	No reportado	No reportado
Healthright 360	No reportado	No reportado
Helpline Youth Counseling	No reportado	No reportado
Heritage Clinic & CAPS	No reportado	No reportado
Hillsides	No reportado	405
Hillview Mental Health Center	No reportado	No reportado
IMCES	No reportado	No reportado
Jewish Family Services of LA	No reportado	No reportado
Korean American Family Service Center	No reportado	91
Los Angeles Unified School District	No reportado	No reportado
One in Long Beach	No reportado	No reportado
Pacific Asian Counseling Service	No reportado	No reportado
Pacific Clinics	No reportado	No reportado
Para Los Ninos	No reportado	No reportado
Penny Lane Centers	Triple P Nivel 2	No reportado
Project Return Peer Support Network	No reportado	No reportado
San Fernando Valley Community MH	No reportado	50
San Gabriel Childrens Center	No reportado	No reportado
Shields for Families	No reportado	No reportado
Social Model Recovery Systems	No reportado	80
Special Services for Groups	Asian & Pacific Islander Community Empowerment	No reportado
St Anne's Maternity Home	No reportado	No reportado
St Francis Medical Center	No reportado	No reportado
St. Joseph Center	No reportado	No reportado
Star View Behavioral Health	No reportado	No reportado
Stirling Academy	No reportado	115
Tarzana Treatment Centers	No reportado	No reportado
Telecare	No reportado	No reportado
Tessie Cleveland Comm Service	Outreach & Engagement	1.339
The Help Group	No reportado	No reportado
The Village Family Services	No reportado	291
The Whole Child	No reportado	No reportado
Tobinworld	No reportado	No reportado
Uplift Family Services	No reportado	No reportado
Victor Treatment Centers	No reportado	No reportado
VIP Community MH Center	No reportado	No reportado

Tabla 41. Programas aprobados para facturar PEI COS

Programa de Prevención	Descripción
Active Parenting (Paternidad activa) Padres de niños (3-17)	Active Parenting proporciona clases grupales de crianza basadas en la evidencia, mediante vídeos que cubren temas, como por ejemplo las capacitaciones en habilidades de crianza, manejo del divorcio, éxito escolar y educación del carácter. Las clases de Active Parenting se pueden realizar en 1, 3, 4, ó 6 sesiones grupales. El currículo trata sobre: desarrollo infantil, disciplina apropiada, habilidades de comunicación, toma de decisiones y prevención de comportamientos de riesgo.
Arise (Levántate) Niños (4-15) TAY (16-25) Adultos (26-59) Adultos mayores (60-64)	Arise brinda currículos de trabajo grupal basados en la evidencia sobre habilidades para la vida, así como programas de entrenamiento de personal. Los programas están dirigidos hacia la juventud en riesgo; sin embargo, el programa se puede adaptar también para los adultos. El contenido del programa se enfoca en la reducción de la violencia, establecimiento de objetivos, manejo de la ira, cómo evitar las drogas y el alcohol y otras habilidades de manejo para la vida.

Programa de Prevención	Descripción
<p>Red de Enriquecimiento para Familias Asiático Americanas (Asian American Family Enrichment Network, AAFEN) Padres de niños (12-15) TAY (16-18)</p>	<p>El AAFEN es para padres inmigrantes asiáticos y/o cuidadores primarios con habilidades de crianza inadecuadas para disciplinar efectivamente y formar a sus hijos adolescentes. Debido a las barreras culturales y lingüísticas que experimentan, muchos de estos inmigrantes frecuentemente tienden a sentirse sobrepasados e incompetentes en cuanto a manejar efectivamente su vida familiar. Más aún, sus hijos experimentan un ambiente familiar con funcionamiento social y arraigo reducido, así como con conflictos familiares crecientes. Por tanto, los niños tienen un alto riesgo de problemas emocionales y de conducta. Sus padres inmigrantes y/o cuidadores primarios tienen un alto riesgo de desórdenes depresivos y también de ser reportados al DCFS debido a los castigos corporales.</p>
<p>Childhelp Speak Up and Be Safe (Ayuda a niños, habla y estarás seguro) Niños (3-15) TAY (16-19)</p>	<p>Este es un currículo para la escuela enfocado a los niños, diseñado para construir habilidades de seguridad en el niño mientras se atacan los riesgos sociales de la actualidad, como el acoso escolar y la seguridad en Internet. El programa ayuda a los niños y a los adolescentes a aprender las habilidades para prevenir e interrumpir episodios de negligencia, acoso escolar y abuso infantil. El programa se enfoca en mejorar el sentido general de confianza del niño en lo que concierne a la seguridad, promueve el respeto a uno mismo y a sus compañeros, y puede ser aplicado a situaciones generales o potencialmente peligrosas. Además de aumentar la habilidad del niño de reconocer situaciones inseguras o conductas abusivas y de construir habilidades de resistencia, las lecciones se enfocan en ayudar a los niños a construir una red de seguridad activa con sus compañeros y con los adultos que el niño identifique como seguros.</p>
<p>Coping with Stress (Lidiando con el estrés) Niños (13-15) TAY (16-19)</p>	<p>Este curso consiste en 15 sesiones de una hora, que pueden ofrecerse dos o cuatro veces por semana, dependiendo de las capacidades del sitio y las necesidades. Las primeras sesiones brindan una introducción a la depresión, su relación con situaciones estresantes, y una introducción a los demás miembros del grupo. Las sesiones subsiguientes se enfocan en habilidades de reestructuración cognitiva y en técnicas para modificar pensamientos irracionales hacia uno mismo que se cree que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de desórdenes depresivos.</p>
<p>Erika’s Lighthouse: A Beacon of Hope for Adolescent Depression (El Faro de Erika: un Rayo de Esperanza para la Depresión Adolescente) Niños (12-14)</p>	<p>Erika’s Lighthouse es un programa introductorio para concienciar acerca de la depresión y para empoderar la salud mental, diseñado para la adolescencia temprana. El programa educa a las comunidades escolares acerca de la depresión en adolescentes, reduce el estigma asociado con las enfermedades mentales, y empodera a los adolescentes a tomar las riendas de su propia salud mental. “Adolescentes Reales Hablando acerca de la Depresión en la Adolescencia: una Guía de Estudio Basada en Vídeo” es un programa escolar acerca de la depresión y la salud mental diseñado para salones de educación media y preparatoria, que se enumera en el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio y en la Fundación Americana para Prevención del Suicidio: “El Registro de las Mejores Prácticas para Prevención del Suicidio”.</p>
<p>Guiding Good Choices (Guiando buenas decisiones) Padres de niños (9-14)</p>	<p>Guiding Good Choices es un programa de cinco sesiones para involucrar a los padres que enseña a los representantes de los niños de edades entre 9 y 14 años cómo reducir el riesgo de que sus hijos desarrollen problemas de drogadicción. El objetivo del programa es prevenir el abuso de sustancias entre los adolescentes, enseñando a los padres las habilidades que necesitan para mejorar la comunicación y relaciones familiares. Los participantes aprenden estrategias específicas para ayudar a sus hijos a evitar el uso de drogas y otras conductas problemáticas de los adolescentes para que se desarrollen como adultos sanos. También aprenden a determinar pautas claras en la familia respecto a las drogas, y practican las habilidades para fortalecer los lazos familiares, ayudar a sus hijos a desarrollar conductas sanas, e incrementar la participación de los hijos en la familia.</p>
<p>Ideas sanas (Identificar la depresión, actividades para empoderar a los adultos mayores) Adultos mayores (60+)</p>	<p>Este es un programa comunitario diseñado para detectar y reducir la severidad de los síntomas depresivos en adultos mayores con condiciones de salud crónicas y limitaciones funcionales. El programa incorpora cuatro componentes basados en evidencias en la entrega de servicios continuada de gestión de cuidados/casos o los programas de servicios sociales que sirven a los adultos mayores en el ambiente del hogar durante varios meses. Los componentes del programa incluyen evaluaciones de los síntomas depresivos, educación acerca de la depresión y autocuidado para los clientes y cuidadores de la familia, referencias y enlaces a profesionales de la salud y de la salud mental, así como de activación de la conducta.</p>

Programa de Prevención	Descripción
<p>Años increíbles (Crianza Consciente) Padres</p>	<p>Este es un programa de crianza de 6 a 8 sesiones basado en grupos, del tipo universal. Se le puede ofrecer a todos los padres para promover la regulación emocional de sus hijos, la competencia social, la resolución de problemas, la lectura y la preparación para la escuela.</p>
<p>Entrenamiento en habilidades de vida (Life Skills Training, LST) Niños (8-15) TAY (16-18)</p>	<p>LST es un programa de prevención de abuso de sustancias basado en grupos, desarrollado a fin de reducir los riesgos del abuso de alcohol, tabaco, drogas y la violencia, centrándose en los mayores factores sociales y psicológicos que promueven la iniciación en el uso de sustancias y otras conductas peligrosas. Este completo programa utiliza estrategias de aprendizaje colaborativo que se enseñan a través de la lectura, discusión, orientación, y práctica para mejorar la autoestima de los jóvenes, su autoconfianza, la habilidad de toma de decisiones y la habilidad de resistir la presión de los compañeros y de los medios. LST brinda a los adolescentes la confianza y las habilidades necesarias para manejar exitosamente situaciones desafiantes.</p>
<p>Notas de Amor Niños (15) TAY (16-24)</p>	<p>Notas de Amor consiste en tres lecciones para jóvenes de alto riesgo y Tay en las cuales ellos descubren, con frecuencia por primera vez, como tomar decisiones sabias acerca de los compañeros, sexo, relaciones, embarazo, y más. Notas de Amor apela a las aspiraciones y construye elementos positivos fundamentales en la juventud desconectada.</p>
<p>Haciendo que la Crianza Sea un Placer (Making Parenting a Pleasure, MPAP) Padres de niños (0-8)</p>	<p>MPAP es un programa de capacitación para padres de 13 semanas de duración, realizado en grupos y diseñado para educadores de padres y/o cuidadores de niños desde el nacimiento hasta los ocho años. Este programa está elaborado para afrontar el estrés, el aislamiento, y la falta de información adecuada acerca de la paternidad y apoyo social que experimentan muchos padres. El currículo se enfoca primero en la necesidad de autocuidado y de empoderamiento personal, moviéndose de un enfoque en los adultos a un énfasis padre/niño/ familia. Su contenido es adaptable y flexible para encajar en un amplio rango de programas de educación para padres, siendo muy atractivo para familias de un amplio espectro socioeconómico, educacional, cultural y geográfico.</p>
<p>More than Sad (Más que Triste) Padres/Profesores/Niños (14-15) TAY (16-18)</p>	<p>Este es un currículo para adolescentes, padres y educadores que enseña a reconocer las señales de la depresión. El programa para adolescentes les enseña a reconocer señales de depresión en ellos mismos y en los demás, desafiando el estigma que rodea la depresión, y eliminando el misterio del proceso de tratamiento. El programa para padres les enseña cómo reconocer los signos de la depresión y otros problemas de salud mental, iniciar una conversación acerca de la salud mental con sus hijos, y buscar ayuda. El programa para profesores enseña a los educadores a reconocer los signos de sufrimiento por salud mental en sus estudiantes y como referirlos para obtener ayuda. El programa cumple con los requerimientos para la educación de los profesores en lo concerniente al entrenamiento en prevención de suicidios de muchos estados.</p>
<p>Crianza Enriquecedora Padres de niños (0-18)</p>	<p>Estos son programas de familia que se utilizan para el tratamiento y la prevención del abuso y desprotección infantil. Las sesiones del programa se ofrecen en formatos grupales o con base en el hogar, en un rango de 5 hasta 58 sesiones. Los programas están diseñados para padres con niños pequeños, desde el nacimiento hasta los 5 años, niños en edad escolar desde los 5 hasta los 11 años, y adolescentes desde los 12 hasta los 18 años. Desarrollados en base a las conductas conocidas que contribuyen al maltrato infantil, los objetivos del currículo son: (1) enseñar expectativas apropiadas a la edad y el desarrollo neurológico de los niños; (2) Desarrollar empatía y autoestima en padres e hijos; (3) Utilizar estrategias formadoras y no violentas, y también técnicas para establecer la disciplina familiar; (4) Empoderar a los padres e hijos para utilizar su poder personal para tomar decisiones saludables; y (5) Aumentar la conciencia en uno mismo y en los demás acerca de desarrollar patrones positivos de comunicación mientras se establecen relaciones de cuidado.</p>
<p>Peacebuilders (Agentes de la Paz) Niños (0-15)</p>	<p>PeaceBuilders es un currículo de prevención de la violencia y un programa de desarrollo profesional para los grados de pre-K hasta 12. Su esencia es un lenguaje común - seis principios, enseñados, modelados, y practicados.</p>

Programa de Prevención	Descripción
<p>Prevención de la Depresión (PODS) - Lidiando con el Estrés (2da Generación) Niños (13-15) TAY (16-18)</p>	<p>Esta es la versión de segunda generación del programa Lidiando con el Estrés. PODS es un currículo de ocho lecciones desarrollado para la prevención de depresión unipolar en adolescentes con riesgo incrementado. No se concibió como un tratamiento para episodios activos de depresión. Se diseñó para ser ofrecido, ya sea en una instalación de cuidado de salud o en escuelas.</p>
<p>Programa de Paternidad Positiva (Positive Parenting Program, TRIPLE P) Niveles 2 y 3 Padres y Cuidadores de niños (0-12)</p>	<p>Triple P tiene por objetivo prevenir los problemas sociales, emocionales, conductas en la infancia, la prevención del maltrato infantil, y el fortalecimiento de la confianza de los padres. El Triple P seleccionado (niveles 2 y 3) es un “ligero toque” en forma de presentación de información de paternidad, que se ofrece a grupos grandes de padres (entre 20 y 200) que afrontan la situación generalmente bien, pero que tienen uno o dos problemas. Hay tres temas del seminario, cada uno toma 60 minutos para presentar y 30 minutos de tiempo para preguntas.</p>
<p>Proyecto Paternidad Padres varones/ Cuidadores de niños (0-15) TAY (16-18)</p>	<p>El programa proyecto paternidad brinda habilidades completas a hombres en roles de cuidado utilizando un sistema de apoyo grupal innovador. El programa se desarrolló para dar a los cuidadores urbanos, culturalmente diversos, una oportunidad de conectarse con sus niños y jugar un rol significativo en sus vidas. El programa continúa siendo reconocido nacionalmente por atacar efectivamente el problema de los padres ausentes. A través de terapias, apoyo, educación en paternidad y otros servicios, los padres aprenden a ser más atentos, responsables y participantes activos en las vidas de sus hijos.</p>
<p>Primeros Auxilios Psicológicos (Psychological First Aid, PFA) Todas las edades</p>	<p>PFA es una aproximación basada en evidencias para asistir a los niños, adolescentes, adultos, y familias para lidiar con las consecuencias de catástrofes y terrorismo. La práctica es una asociación entre la Red de Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de PTSD. Las acciones fundamentales de PFA incluyen: contacto y participación; seguridad y aliento; estabilización; Recolección de información: Necesidades y Preocupaciones Actuales; Asistencia Práctica; Conexión con Grupos de Apoyo; Información para Lidiar con Temas y Enlaces con Servicios Colaborativos.</p>
<p>Escuela, Comunidad y Fuerzas Policiales (School, Community and Law Enforcement, SCALE) Niños (12-15) TAY (16-18)</p>	<p>El programa SCALE es para jóvenes inmigrantes asiáticos que se encuentren en riesgo o ya estén mostrando los signos iniciales de problemas de comportamiento delictivo. Estos problemas de comportamiento incluyen: absentismo escolar, fracaso escolar, asociación con miembros de bandas, y los primeros encuentros con las fuerzas de orden público y detenciones (ya sea por la policía o por agentes de vigilancia)</p>
<p>Segundo Paso Niños (4-14)</p>	<p>Es un programa que debe realizarse en un salón de clases y enseña habilidades socio emocionales con el fin de reducir la conducta impulsiva y agresiva mientras se incrementa la competencia social. El programa construye modelos de intervención cognitiva conductual integrados con la teoría de aprendizaje social, investigación de empatía, y teorías de información/procesamiento social. El programa consta de currículo en escuela, entrenamiento de padres y desarrollo de habilidades. Segundo paso enseña a los niños a identificar y entender sus propias emociones y las de los demás, reducir la impulsividad y escoger objetivos positivos, así como manejar sus reacciones emocionales y los procesos de toma de decisiones mientras está en un ambiente emocionalmente exaltado, de maneras apropiadas para su edad y desarrollo.</p>
<p>Cambiando Fronteras Niños (10-15)</p>	<p>Cambiando fronteras es un programa de seis sesiones, para realizar en grupo, cuyo objetivo es la prevención de violencia en las citas, enfocándose en el acoso sexual por compañeros. La intervención consiste en un currículo con base en un salón de clases, diseñado para reducir la incidencia y prevalencia de la violencia en las citas y del acoso sexual entre estudiantes de la escuela media. El objetivo al programa es aumentar el conocimiento y la conciencia del abuso sexual y el acoso; Promover actitudes sociales y una visión negativa de la violencia en las citas y el acoso sexual; Promover intenciones de conductas no violentas en los testigos; Reducir la ocurrencia de violencia en las citas y de parte de compañeros; y reducir la incidencia de acoso sexual.</p>
<p>Enseñando a los Chicos a Salir Adelante Niños (15) TAY (16-22)</p>	<p>Esta intervención grupal de 10 sesiones está diseñada para reducir la depresión y el estrés al mejorar las habilidades para afrontar las situaciones complicadas. Los componentes del programa incluyen discusiones grupales, escenas interactivas, video, proyectos grupales y asignaciones de tareas. Las discusiones grupales incluyen una variedad de temas, tales como: situaciones de vida familiar, situaciones estresantes típicas para los adolescentes, problemas de auto percepción, y la interacción con otros.</p>
<p>Por Qué Intentar Niños(7-15) TAY (16-18)</p>	<p>Por Qué Intentar es un currículo de educación en resiliencia diseñado para prevenir los abandonos, la violencia, reducir el absentismo, y mejorar el éxito académico. El objetivo es atender a estudiantes de bajos ingresos, miembros de minorías, en riesgo de fracaso escolar, abandono escolar, uso/abuso de sustancias, y/o problemas con la justicia juvenil. Por Qué Intentar Incluye terapias breves enfocadas en la solución, inteligencia social y emocional y el aprendizaje multisensorial.</p>

■ PREVENCIÓN	
Año Fiscal Anterior 2019-20	Año Fiscal Anterior 2018-19
\$65.3 millones Gastos Brutos Totales	\$52.0 millones Gastos Brutos Totales
Año Fiscal 2021-22	Plan de Tres Años, Año Fiscal 2021-24
\$63.3 millones Gastos Brutos Estimados	\$162.8 millones Gastos Brutos Estimados

Actualmente, el conteo único de cliente es solo para los programas MHSA con Modo 15 Servicios Directos (Prevención).

Todas las cantidades en dólares de esta tabla están reportadas en base a costos brutos y no incluyen los costos de administración de los programas.

Sequía

C. REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN (STIGMA AND DISCRIMINATION REDUCTION, SDR)

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población Prioritaria	<input type="checkbox"/> Niños Entre 0 - 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes y jóvenes adultos Entre 16 - 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Entre 24 – 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Mayores Mas de 60 años

Descripción del Programa

El propósito del programa SDR es reducir y eliminar las barreras que impiden a las personas utilizar servicios de salud mental priorizando la información y conocimiento sobre los primeros signos y síntomas de enfermedades mentales a través de un servicio focalizado en el cliente, apoyo familiar, educación y promoción de estrategias. Los métodos principales demostraron reducir el estigma y la discriminación, acrecentar el acceso a los servicios de salud mental y reducir la necesidad de servicios de salud mental más intensos en el futuro. Los servicios incluyen: educación antiestigma específicamente focalizada en comunidades poco representadas, utilizando herramientas culturalmente apropiadas y efectivas; educando y dando soporte a los proveedores de salud mental; conectando y vinculando los recursos con escuelas, familias y agencias comunitarias; además de educación y empoderamiento para el cliente y su familia.

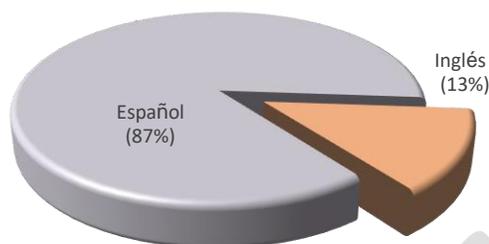
Año Fiscal 2019-20 ✓ REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN Datos y Resultados

- C1. Primeros Auxilios de Salud Mental (Mental Health First Aid, MHFA)
MHFA es una capacitación interactiva de 8 horas basada en la evidencia que provee conocimientos sobre los signos y síntomas de enfermedades mentales, reducción segura de las situaciones de crisis y derivación oportuna a los servicios de salud mental. El uso de juegos de rol y otras actividades interactivas mejoran el entendimiento de los participantes y evalúa su caudal de conocimientos, interviene y provee de ayuda hasta que reciban la derivación o vinculación con un profesional de salud mental. A los participantes también se les provee información sobre recursos de salud mental locales que incluyen tratamientos, autoayuda y otros soportes sociales importantes.
- C2. Promotores de Salud Mental
Muchas comunidades desatendidas han demostrado tener tasas altas de estigma sobre la salud mental, como también barreras lingüísticas y culturales que limitan su acceso a los servicios de salud mental y los recursos disponibles. A menudo estas barreras limitan la utilización de servicios de salud mental hasta que los síntomas son graves y crónicos. Las comunidades desatendidas, como la comunidad asiático-americana y de las islas del Pacífico y la comunidad latina en el Condado de Los Ángeles han demostrado altos niveles de disparidades persistentes en su acceso a los servicios de salud mental públicos. El programa de Promotores representa una aproximación prometedora a la prevención de enfermedades mentales, ya que acrecienta el conocimiento sobre ellas, incrementa la conciencia sobre los servicios de salud mental disponibles y promociona el uso temprano de los mismos. El criterio será disminuir el estigma sobre la salud mental.
- C3. Resultados del SRD
La capacitación SRD tiene la intención de reducir el estigma y la discriminación hacia la gente que padece enfermedades mentales y aumentar el conocimiento sobre el tema. Para determinar la eficacia de las capacitaciones SRD, el Condado de los Ángeles realiza una encuesta posterior a la capacitación que evalúa el impacto de la capacitación en el conocimiento de los participantes sobre el estigma hacia las personas con enfermedades mentales y también sus actitudes y comportamiento hacia ellos. Adicionalmente, la encuesta valora la calidad de la capacitación y las estadísticas demográficas.

La siguiente redacción aborda los resultados del análisis de datos extraídos de las 5.968 encuestas realizadas para evaluar las capacitaciones SDR, que se llevaron a cabo durante el año fiscal 2019-2020, desde julio del año 2019 hasta marzo del año 2020.

La encuesta está disponible en cada uno de los idiomas clave de los 13 condados, y también se recibieron encuestas en idiomas hmong, español (5,166) e inglés (781) de los participantes en la capacitación. El alto porcentaje de encuestas en español recibidas es notable ya que sugiere que las capacitaciones SDR tienen alcance a personas monolingües de habla española, que históricamente el condado ha tenido dificultades para atender. El éxito se debe principalmente a los Promotores de Salud y al programa LACDMH que asiste a personas monolingües de habla española.

Figura 26. Idiomas de las encuestas (n = 5,968)

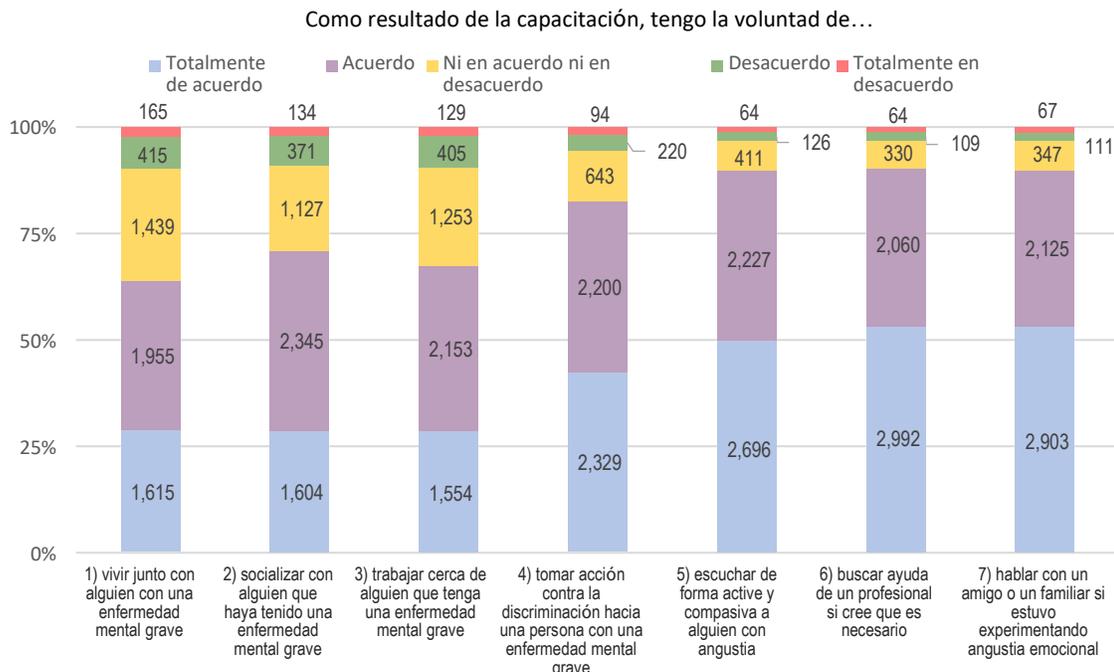


El siguiente gráfico evalúa el impacto de las capacitaciones SDR en la voluntad de los participantes para comprometerse a tener comportamientos para ayudar a personas con enfermedades mentales. Las clasificaciones son: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que el participante cree que la capacitación influyó positivamente en sus futuros comportamientos (por ejemplo, voluntad de asistir a una persona que tiene una enfermedad mental). Los resultados sugieren que los participantes creen que la capacitación: 1) disminuyó la probabilidad de discriminar a personas con enfermedades mentales; 2) acrecentó la probabilidad de actuar ofreciendo apoyo a individuos con enfermedades mentales; y 3) aumentó considerablemente la probabilidad de buscar apoyo para ellos mismos cuando lo necesiten.

En todas las cuestiones, al menos el 64% de los participantes estuvo de acuerdo en que la capacitación tuvo una influencia positiva, con:

- Cuestión 6: Un alto porcentaje del 91% de acuerdo (37%) o totalmente de acuerdo (54%) ha votado que la capacitación ha incrementado su voluntad de *“buscar apoyo de un profesional si creo que lo necesito”*
- Cuestión 7: Un alto porcentaje del 91% de acuerdo (38%) o totalmente de acuerdo (52%) ha incrementado en los participantes la voluntad de *“hablar con un amigo o un familiar si creía que estaba experimentando angustia emocional”*

Figura 27. Cambios en el comportamiento

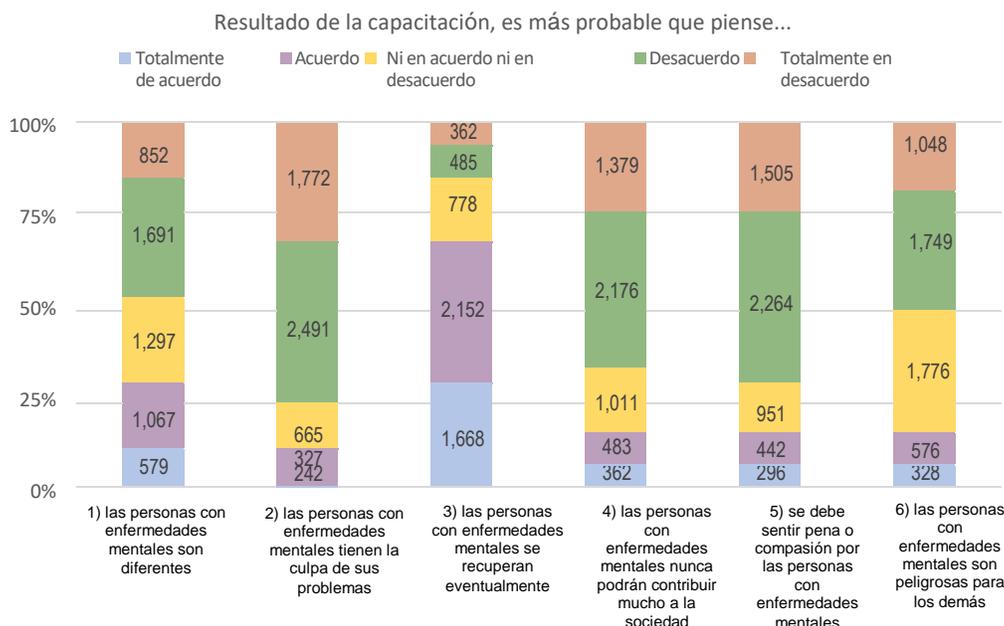


El siguiente gráfico demuestra el cambio resultante de participar en la capacitación sobre el conocimiento sobre enfermedades mentales y creencias sobre las personas con enfermedades mentales. Las cuestiones pueden clasificarse en: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo. Estar en desacuerdo sugiere que el participante cree que la capacitación tuvo una influencia positiva (por ejemplo, aminorar la creencia de que las personas con enfermedades mentales son peligrosas) y estar de acuerdo sugiere lo opuesto, para todas las cuestiones, excepto para la tercera (ver los resultados en el gráfico anterior *Cambios en el Comportamiento*). Los resultados de las encuestas sugieren que las capacitaciones tienden a influenciar positivamente el conocimiento de los participantes sobre enfermedades mentales y creencias sobre personas que tienen enfermedades mentales

En todos los temas, la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo en que la capacitación tuvo una influencia positiva:

- Cuestión 1: Una minoría del 52% en desacuerdo (34%) o totalmente en desacuerdo (18%) de que la capacitación haya incrementado la probabilidad de creer que *“las personas con enfermedades mentales son diferentes comparadas al resto de la población general”*
- Cuestión 2: Una mayoría del 79% en desacuerdo (47%) o totalmente en desacuerdo (32%) con que la capacitación haya incrementado la probabilidad de creer que *“las personas con enfermedades mentales tienen la culpa de sus problemas”*.

Figura 28. Cambios en los conocimientos y en las creencias



El siguiente gráfico evalúa la calidad de las capacitaciones SDR. Los temas pueden clasificarse en: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que el participante tiene percepciones positivas sobre la calidad de la capacitación, y estar en desacuerdo demuestra lo contrario. Los participantes tienden a tener percepciones extremadamente positivas sobre la calidad de las capacitaciones, particularmente sobre los presentadores.

- Un alto porcentaje 91% estuvo de acuerdo (22%) o totalmente de acuerdo (69%) en que los presentadores “demostraron tener conocimiento en la materia” mientras que solo el 1% estuvo en desacuerdo.
- Un porcentaje del 88% estuvo de acuerdo (23%) o totalmente de acuerdo (65%) en que “la capacitación fue relevante para mí y otras personas de un entorno cultural y experiencias similares (raza, etnia, género, religión, etc.)”

Figura 29. Calidad de la Capacitación

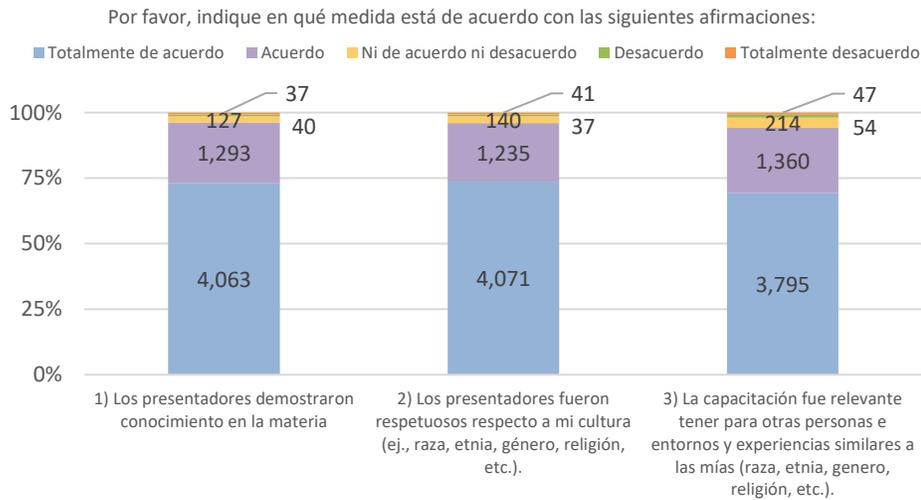


Tabla 42. Survey demographics (n = 5.968)

Sexo Asignado al Nacer	Femenino - 72% Masculino - 11%	No responde - 17%
Identidad de Género	Femenino - 72% Masculino - 11%	No responde - 16%
Orientación Sexual	Heterosexual - 61% Otra orientación sexual - 1%	No responde - 36%
Etnia	Mexicanos/Mexicoamericanos/ Chicanos - 55% Centro Americanos - 12% Otro - 11% Europeos - 2%	No responde - 19%
Veteranos	Si - 1% No - 75%	No respondió - 24%
Grupos etarios	Niños (0-15) - 1% Jóvenes en Edad de Transición (16-25) - 7% Adultos (26-59) - 64%	Adultos Mayores (60+) - 9% No responde - 19%
Discapacidades	Si - 6% No - 71%	No responde - 23%
Lengua materna	Inglés - 11% Español - 64%	Otro - 4% No responde - 21%
Raza	Blancos - 37% Afroamericanos- 2% Asiáticos - 2%	Más de una raza - 2% Otro - 31% No responde - 26%

■ REDUCCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y DEL ESTIGMA	
Antes del año fiscal 2019-20	Antes del año fiscal 2018-19
\$2.7 millones Gastos Brutos Totales	\$2.1 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2021-22	Plan de tres años fiscales 2021-24
\$0.4 millones Gasto Total Bruto Estimado	\$1.1 millones Gasto Total Bruto Estimado

Actualmente, el único cómputo de clientes es para los programas MHSA Modo 15 de Servicios Directos (Prevención).

Todas las sumas en dólares en esta tabla representan un gasto bruto y no incluye el costo de administración del programa.

D. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Población	<input type="checkbox"/> Niños Entre 0 – 17 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes y Adultos jóvenes Entre 16 – 24 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos Entre 24 – 59 años	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos mayores más de 60 años
Descripción del Programa				
<p>El Programa de Prevención del Suicidio provee servicios de prevención mediante múltiples estrategias, fortaleciendo la capacidad de los recursos de la comunidad existentes y creando nuevos esfuerzos colaborativos y comprensivos en el individuo, su familia y a nivel de comunidad. Estos servicios incluyen: la divulgación a la comunidad y educación en la identificación de los riesgos de suicidio y los factores de protección; conectar con servicios directos y mejorar la calidad de cuidado sobre los individuos que se encuentren contemplando, en tentativa inminente o intentando cometer un suicidio; acceso a una línea de asistencia capacitada en intervención basada en la evidencia; y crear una infraestructura para poder desarrollar y mejorar los programas de prevención del suicidio a través del condado a todos los grupos de edad y culturas.</p> <p>Como respuesta a las necesidades de nuestra comunidad, la Red de Prevención del Suicidio del Condado de Los Ángeles, con el soporte de LACDMH, ha desarrollado un plan estratégico para la prevención del suicidio para poder alcanzar el objetivo de cero suicidios en el Condado.</p> <p>Algunos elementos clave para la prevención del suicidio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Focalizarse en la prevención y el bienestar mediante las conexiones, la educación, la divulgación, la ayuda y la reducción del estigma; - Promover la búsqueda de ayuda temprana donde la gente reconozca las señales de advertencia y los recursos y se sientan seguros para intervenir si lo necesita alguien por quien se preocupan, o incluso ellos mismos; - Asegurar una respuesta segura y compasiva a las crisis, focalizándose en la estabilización y creando lazos con los servicios de la forma menos restrictiva; y también - Implementar un sistema de asistencia para individuos, familias, escuelas y comunidades a corto y largo plazo para quienes hayan tenido un intento de suicidio. 				

AF 2019-20 ✓ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Datos y Resultados

D1. Programa de Juventud Latina (Latina Youth Program, LYP.)

Los objetivos principales de LYP son:

- Promover la prevención y la intervención temprana en la juventud para disminuir el uso de sustancias y los síntomas depresivos, que son factores de riesgo de suicidio.
- Aumentar la conciencia en la juventud sobre las conductas de alto riesgo y proveer asistencia inmediata y servicios de tratamiento.
- Aumentar el acceso a los servicios mientras se disminuyen las barreras y el estigma entre los jóvenes, aceptando el uso de los servicios de salud mental.
- Aumentar la conciencia familiar sobre las conductas de alto riesgo y empoderar a las familias a través de la educación sobre los beneficios de la prevención, la intervención temprana y la promoción de la salud.
- Aumentar la conciencia y la educación entre el personal de las escuelas y los miembros de la comunidad sobre el abuso de sustancias y la depresión.

Durante el año fiscal 2019-2010, LYP ofreció servicios clínicos directos, divulgación y educación a 40 nuevos clientes y sus familias con financiación del contrato de LACDMH. Estos clientes son los que no tuvieron otra cobertura de servicios de salud mental. Representan un cuatro por ciento del

total de la población que participó del programa LYP (n = 1010). Los resultados se basan en este subgrupo. Se ha notado una variación de presentaciones clínicas en este grupo. Mientras que la mayoría de los clientes presentaba continuamente desordenes de depresión o ansiedad, también era común encontrar diagnósticos de trastornos del desarrollo, traumas y el uso de sustancias. Aunque se reportaron un intento de suicidio y 24 hospitalizaciones psiquiátricas durante el año fiscal 2019-2020, solo 12 de las hospitalizaciones y el intento de suicidio ocurrieron entre este subgrupo LACDMH. Afortunadamente, y como en otros años del programa, no hubo ningún caso de suicidio. Se ha brindado divulgación, educación y servicios clínicos a 27 escuelas y a toda la comunidad. El personal del programa está capacitado en ocho PBE (prácticas basadas en la evidencia) diferentes. El personal administrativo centró mucho sus devoluciones el eje del programa sobre las actividades relacionadas con el COVID-19, como también las lecciones aprendidas durante la larga historia del programa. Ellos están orgullosos del paso en la Cámara de Representantes de los Estados Unidos de la Ley de Servicios de Salud Mental para estudiantes, que está basada en el diseño del programa LYP. La autora del proyecto de ley es la Representante Grace F. Napolitano, una fuerte defensora del programa LYP de la clínica del Pacífico (Pacific Clinic) desde su comienzo.

D2. Línea de asistencia para crisis 24/7

Durante el año fiscal 2019-2020, la línea de asistencia 24/7 para la prevención de suicidio respondió un total de 133,837 llamadas, comunicaciones de chat y mensajes, provenientes del Condado de Los Ángeles, incluyendo la línea de prevención de crisis en idioma español, 12.588 personas. También están disponibles servicios en lenguaje coreano y vietnamita en la línea de asistencia para crisis. Adicionalmente, varios eventos de divulgación fueron realizados por Los Ángeles y el Condado de Orange.

Tabla 43. Análisis de Llamados

Llamadas	112.878
Total de chats	20.949
Total de mensajes	10
Total*	133.837

* Llamadas desde Lifeline, Lifeline en español, línea local SPC, línea para adolescentes, y angustia por desastre.

Tabla 44. Llamadas por lengua

Coreano	85
Español	12.588
Inglés	100.205
Total	112.878

Figura 30. Volumen de llamados, chats y mensajes por mes

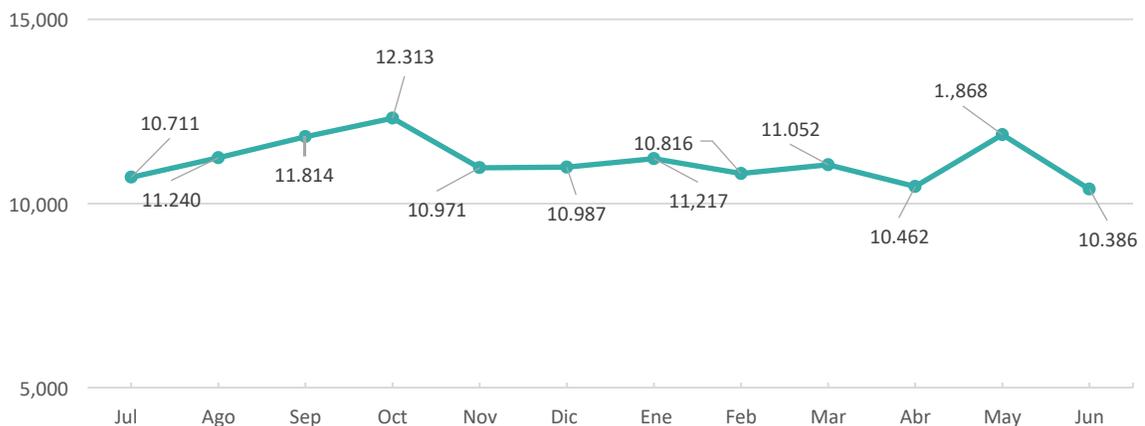


Tabla 45. Llamadas y chats por etnia

Etnia	Llamadas (n = 46.850)	Chats (n = 19.339)
Blanco	37%	59%
Hispánico	35%	13%
Negro	10%	11%
Asiático	9%	7%
Nativo americano	1%	1%
Islas del pacífico	1%	0%
Otras razas	8%	0%

Tabla 46. Llamadas y chats por grupo de edad

Grupo de Edad	Llamadas (n = 57.690)	Chats (n = 20.437)
5 a 14	6%	18%
15 a 24	37%	52%
25 a 34	26%	19%
35 a 44	12%	6%
45 a 54	8%	3%
55 a 64	7%	1%
65 a 74	3%	1%
75 a 84	1%	0%

Tabla 47. Llamados y chats por evaluación de riesgo

Evaluación de Riesgo de Suicidio	Llamadas	Chats
Historial de diagnóstico psiquiátrico	42%	37%
Intento de suicidio previo	26%	28%
Abuso de sustancias - anterior o actual	16%	6%
Supervivientes de suicidio	8%	4%
Acceso a armas	3%	4%

Las personas que llamaron o enviaron mensajes de texto en los niveles de riesgo reportados. Además, todos los individuos que llamaron o enviaron mensajes de texto en los niveles de riesgo reportados. Además, todos los individuos que llamaron o enviaron mensajes de texto en los niveles de riesgo reportados.

Tabla 48. Estado del riesgo de suicidio

Estado de Riesgo de Suicidio	Llamados (n = 40.712)	Chats (n = 5.750)
Riesgo bajo	49%	49%
Riesgo de bajo a moderado	25%	21%
Riesgo moderado	13%	15%
Riesgo alto a moderado	5%	6%
Riesgo alto	8%	8%
Intento en progreso	1%	0%

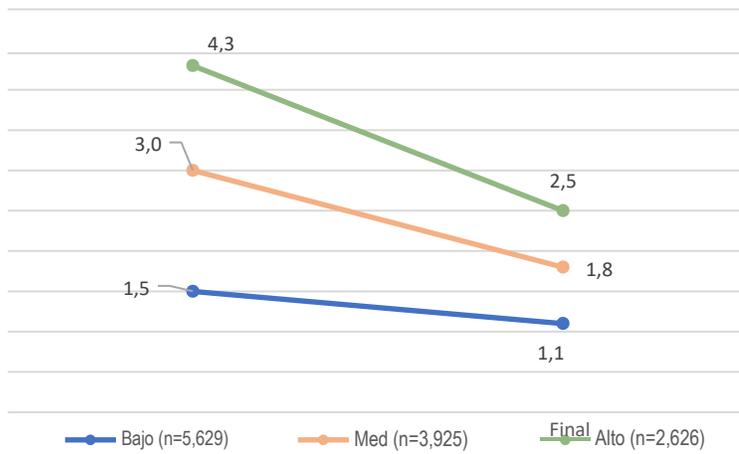
Los datos fueron calculados en base al número total de llamadas en las que el suicidio o crisis estuvieron presentes como tema.

La evaluación se realiza en base a los cuatro principios fundamentales del riesgo de suicidio: deseos de suicidio, capacidad para suicidarse, intención de suicidio y mediadores/ conectividad. El riesgo de una persona que llama a la línea de asistencia está determinado por la presencia de la combinación de dichos principios fundamentales. Por ejemplo, una persona que reporta solo haber tenido el deseo de suicidarse, así como también mediadores, estaría categorizada como de bajo riesgo. Una persona que llama con deseos de suicidarse, capacidad e intenciones de hacerlo, sería categorizada como de alto riesgo, sin importar la presencia de mediadores.

Resultados de las Intervenciones: Intención Autoevaluada

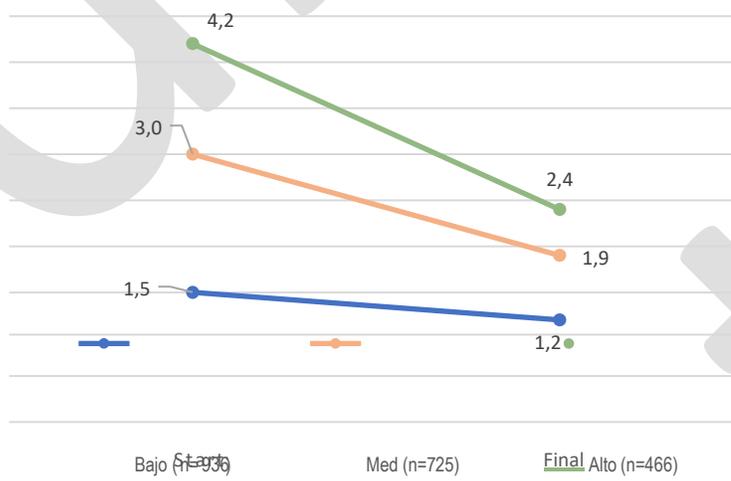
A las personas que llaman se les hace la pregunta “En una escala del 1 al 5, ¿Qué tan probable es que actúes de acuerdo con tus pensamientos suicidas y sentimientos en este momento, donde 1 representa que no hay probabilidades y 5 que hay muchas probabilidades?” Quienes llaman, puntúan su intención tanto al principio como al final de la llamada. Nota: Estos datos constan en las llamadas donde la información fue reportada.

Figura 31. Autoevaluación en llamadas por intento de suicidio



Las personas que llaman a la línea autoevalúan sus intenciones de suicidarse al comienzo de la llamada con la siguiente escala:
 4 o 5 = riesgo moderado o inminente
 3 = riesgo moderado
 1-2 = riesgo bajo

Figura 32. Autoevaluación por intento de suicidio en chats



D3. Los Resultados de la Prevención del Suicidio

LACDMH ha elegido implementar un programa de prevención del suicidio en forma de capacitaciones y educación que ha demostrado tener eficacia cuando se pretende cambiar actitudes, conocimientos y/o comportamientos acerca del suicidio. Dentro de los participantes podemos encontrar: primeros interventores, maestros, miembros de la comunidad, padres, estudiantes y profesionales de la salud.

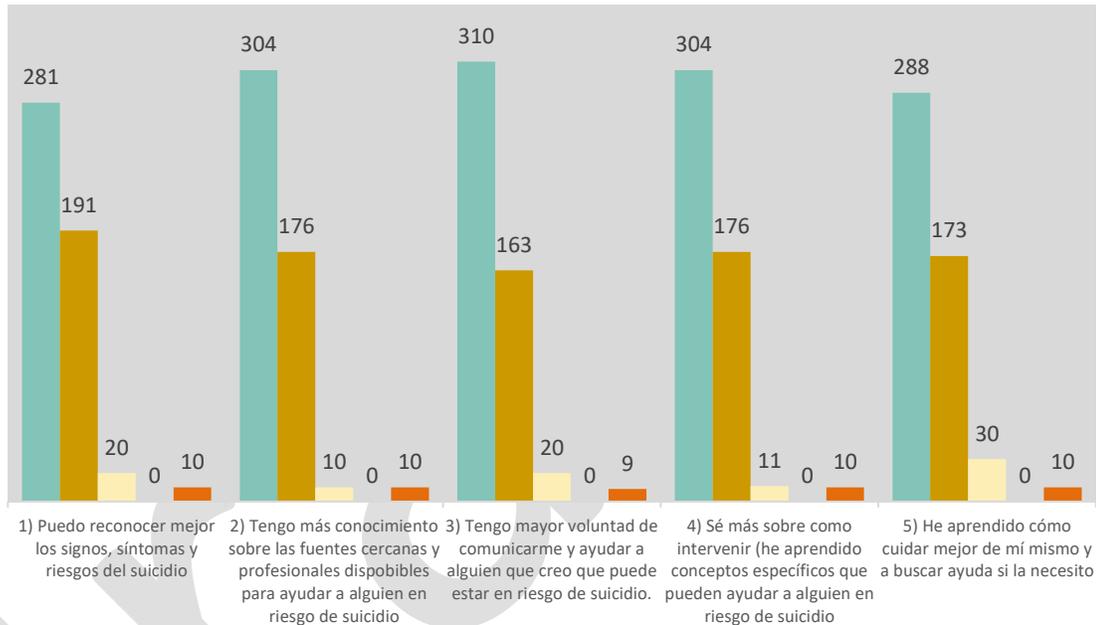
Para determinar la eficacia de la capacitación sobre la prevención del suicidio, el Condado ha utilizado el cuestionario realizado a participantes del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto de Ciencias del Comportamiento de California (California Institute of Behavioral Health Services, CIBHS), que cuantifica el impacto de las capacitaciones en las actitudes, conocimientos y comportamientos de los participantes en relación con el suicidio. Adicionalmente, el cuestionario mide la calidad de la capacitación y cuestiones demográficas. Esta redacción discute los resultados de los datos analizados obtenidos de 541 encuestas recibidas en esas capacitaciones durante el año fiscal 2019-2020. El cuestionario está disponible en los 13 idiomas clave el condado, así también en hmong. Todas las encuestas recibidas estaban en idioma inglés.

Los tres objetivos principales del programa de Prevención del Suicidio son 1) incrementar el conocimiento sobre suicidio y formas de ayudar a alguien que tal vez esté en riesgo de suicidio; 2) incrementar la voluntad de ayudar a alguien que tal vez esté en riesgo de suicidio; 3) incrementar la probabilidad de que los participantes busquen ayuda para ellos mismos cuando lo necesiten. Las clasificaciones son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que la capacitación logró su/s objetivo/s, y estar en desacuerdo sugiere lo contrario.

El análisis de datos de los resultados de la encuesta en el siguiente gráfico muestra que al menos el 92% de los participantes estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo con los 5 temas, sugiriendo que generalmente los programas de Prevención del Suicidio tienen éxito logrando sus objetivos. A continuación, se mencionan algunos aspectos a destacar de los datos analizados:

- El alto porcentaje de personas de acuerdo con el tema 2: 96% de acuerdo (35%) o totalmente de acuerdo (67%) en que *“como resultado directo de esta capacitación, tengo más conocimiento sobre recursos profesionales y de compañeros que hay disponibles para ayudar a personas que están en riesgo de suicidio”*,
- El porcentaje más bajo de personas de acuerdo fue con la cuestión 5: (92%) de acuerdo (35%) o totalmente de acuerdo (57%) en que *“como resultado directo de esta capacitación, he aprendido como cuidar mejor de mí mismo y de aquellos que necesitan mi ayuda”*
- Una amplia mayoría de los participantes estuvo totalmente de acuerdo con las 5 cuestiones, desde el porcentaje más bajo del 56% totalmente de acuerdo con el tema 1 hasta el porcentaje más alto del 62% totalmente de acuerdo con el número 3.

Figura 33. Respuestas a la capacitación en prevención del suicidio



El cuestionario incluye tres temas en el siguiente gráfico que evalúan la calidad de las capacitaciones para la prevención del suicidio. Las clasificaciones son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni en desacuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que el participante tuvo una percepción positiva sobre la calidad de la capacitación y estar en desacuerdo sugiere lo contrario. Los participantes tendieron a tener una visión extremadamente positiva sobre la calidad de la capacitación, especialmente sobre los presentadores:

- El porcentaje más alto, del 97% estuvo de acuerdo (20%) o totalmente de acuerdo (77%) con el tema 1, “*el presentador demostró tener conocimiento en la materia,*”
- El segundo porcentaje más alto, de un 96% estuvo de acuerdo (20%) o totalmente de acuerdo (76%) con la cuestión 2, “*los presentadores fueron respetuosos con mi cultura (raza, etnia, género, religión, etc.).*”

Figura 34. Respuestas a la capacitación en prevención del suicidio

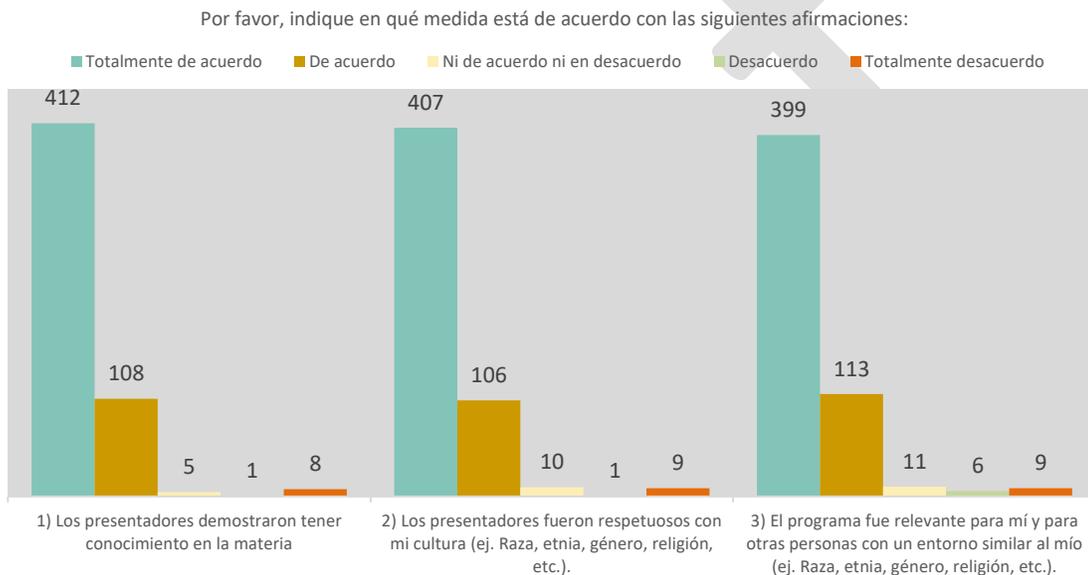


Tabla 49. AF 2019-20 Demografía de la encuesta

Identidad de Género	Femenino - 75% Masculino - 21%	No responde - 4%
Grupo de Edad	Jóvenes en transición (16-25) - 17% Adultos (26-59) - 73%	No responde - 4% Adulto mayor (60+) - 6%
Raza	Blanco - 22% Afroamericano - 15% Asiático - 7%	Otro - 33% No responde - 14% Más de una raza - 8%
Orientación sexual	Heterosexual - 82% Gay/Lesbiana - 3% Bisexual - 4%	Género no binario - 1% No respondió - 9%
Etnia	Centroamericano - 11% Europeo - 5% Más de una etnia- 9% Filipino - 2% Mexicano/Chicano - 36%	Otro - 15% No responde - 22% Africana - 3% Oriente Medio - 2%
Veteranos	Si - 5% No - 93% No responde - 2%	
Discapacitados	Si - 10% No - 82% No responde - 8%	
Lengua Materna	Inglés - 74% Español - 10% Armenio - 1%	Otro - 7% No responde - 8%

D4. Equipo de Asistencia a la Evaluación a la Amenaza Escolar (School Threat Assessment Response, START)

En el año fiscal 2019-20, START brindó 5.102 servicios a 809 individuos tanto con riesgo de suicidio como de homicidio: se registraron 168 casos abiertos. Los organismos de seguridad y las escuelas continúan siendo las dos principales fuentes de referencia. Después de ofrecer servicios durante años en el Condado, START se ha convertido en uno de los mayores recursos para el control de las crisis violentas, además de las fuerzas de seguridad.

El personal sanitario ha determinado cuál es su estado actual: solo para consultas, seguimiento limitado para casos que representen o no una amenaza, reciben servicios de otros proveedores de servicios de salud mental, o declinar los servicios de START, y un seguimiento activo identificados como casos abiertos.

En el año fiscal 2019-20, 147 casos masculinos y 21 femeninos fueron abiertos, y 101 de esos casos ocurrieron entre las edades de 0-15 años; 55 entre edades de 16-25 años; 12 entre edades de 25-59 años. La mayoría de los usuarios era inglés nativo (148), seguido por el idioma español (17). Casi la mitad de los casos abiertos fueron identificados como hispanicos, en un 46%. La segunda mayoría los clientes identificados como blancos, en un 23% y en tercer lugar se encuentra el grupo étnico afroamericano con un 15%. Para satisfacer las necesidades culturales de los clientes, un tercio de los sanitarios de START hablan la lengua española.

Los resultados del reporte para el año fiscal 2019-20 se basaron en una combinación de herramientas de evaluación, información colateral, observaciones clínicas y otros recursos de confianza. Las tres herramientas de evaluación consistían en la escala de severidad establecidas por Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), la Estructura de Evaluación del Riesgo de Violencia en la Juventud (Structured Assessment of Violence Risk in Youth, SAVRY) y la Evaluación de Riesgo de Violencia en el Lugar de Trabajo (Workplace Assessment of Violence Risk-21, WAVR-21). Estas tres herramientas no realizan un cálculo cuantitativo de los niveles de riesgo pero sí presentan los factores. Los clínicos subjetivamente se basan en cada factor determinante para calcular el nivel de riesgo total en cada herramienta y después concluir el nivel de riesgo final después de revisar la información recolectada de todas las fuentes mencionadas anteriormente.

Tanto el grupo de riesgo de suicidio alto como moderado demostraron una disminución en los niveles que presentaban los clientes que accedieron a las intervenciones de START. 17 clientes (10,12%) fueron referidos al programa START con un riesgo de suicidio alto y el nivel disminuyó a un solo cliente (0,60%) mientras el servicio de START progresaba. 20 clientes (11,90%) presentaron riesgo moderado de suicidio en los contactos iniciales y la cifra decreció a 15 (8,93%) con las intervenciones de START. En cuanto al grupo de bajo riesgo de suicidio, 131 clientes (77,98%) incrementó a 152 (90,47%) después de recibir intervenciones continuas del programa START.

Tabla 50. Cambios en los niveles de riesgo de suicidio entre el contacto inicial y el más reciente

Nivel de riesgo	Nivel de Riesgo Inicial	Nivel de riesgo de suicidio reciente
Alto	17 (10,12%)	1 (0,60%)
Moderado	20 (11,90%)	15 (8,93%)
Bajo	131 (77,98%)	152 (90,47%)
Abandono	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	168	168

En el año fiscal 2019-20, los niveles de los clientes decayeron tanto en grupos de riesgo alto y moderado gracias a las intervenciones de START:

- Doce (12) clientes (7,14%) fueron clasificados con alto riesgo de violencia al comienzo del servicio y la cifra descendió a 3 clientes (1,79%) a través de los ciclos del programa.
- Setenta (70) clientes (41,67%) presentaron riesgo moderado en los contactos iniciales y la cifra descendió a 24 clientes (14,29%) mientras se otorgaba el servicio.
- En cuanto al grupo de bajo riesgo de violencia, 86 clientes (51,19%) incrementó a 135 (80,35%) después de permanecer en el programa START.
- No se identificaron (después del último reporte) niveles de violencia para 6 clientes (3,57%) ya que abandonaron el programa en una etapa temprana.

Tabla 51. Cambio en los riesgos de violencia entre en contacto inicial y el más reciente

Nivel de Riesgo	Nivel de Riesgo Inicial	Nivel de Riesgo de Suicidio Reciente
Alto	12 (7,14%)	3 (1,79%)
Moderado	70 (41,67%)	24 (14,29%)
Bajo	86 (51,19%)	135 (80,35%)
Abandono	0 (0,00%)	6 (3,57%)
Total	168 (100%)	168 (100%)

Los sanitarios no pudieron contactar al cliente, pero siguen el caso activamente a través de otros profesionales.

START proporcionó 68 capacitaciones a 3.823 participantes. Los temas de la capacitación incluían acoso escolar, reducción de comportamientos violentos, violencia en determinadas escuelas, orientación a los servicios de START, prevención del suicidio, conciencia sobre la salud mental y divulgación.

START tiene una larga trayectoria trabajando junto a varios equipos de manejo de amenazas en el Community College District (LACCD) de Los Ángeles, la comunidad estudiantil más grande del país. A través de la asociación con el departamento del Sheriff y la LACCD, START ha establecido un protocolo para manejar las amenazas en establecimientos educativos. Los servicios incluyen: la facultad de consulta en el manejo de amenazas; monitoreo cercano de individuos potencialmente violentos; desarrollo de planes de gestión de amenazas e intervenciones específicas a individuos, capacitaciones para estudiantes y sus familias; y una conexión a un amplio rango de fuentes comunitarias. Adicionalmente, START participa en la Evaluación de Amenazas de LAUSD (Threat Assessment Response Partners, TARP) colaborativamente, y el equipo de evaluación Regional para educación secundaria (Threat Assessment Regional Group Evaluation Team, TARGET) para proveer consultas y capacitaciones que sean necesarias para casos de amenazas. START continuará su misión de ser impulsor para establecer la seguridad y un ambiente escolar sano en el Condado.

■ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	
Anterior al año fiscal 2019-20	Anterior al año fiscal 2018-19
\$20,0 millones Gastos Brutos Totales	\$18,7 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2019-20	Plan para tres años fiscales 2021-24
\$23,3 millones Gasto Bruto Estimado	\$50,9 millones Gasto Bruto Estimado

Actualmente, la única cuenta de cliente es para los programas MHSA con modo directo 15 (prevención).

Todas las sumas en dólares en esta tabla representan un gasto bruto y no incluyen el costo de administración del programa.

EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PERSONAL LABORAL (WORKFORCE EDUCATION AND TRAINING, WET)

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Descripción del programa				
<p>El plan MHSA – WET del Condado de Los Ángeles trata de abordar los conceptos fundamentales de crear y brindar apoyo al personal (tanto el actual como el del futuro) que sea competente culturalmente, orientado hacia el consumidor y su familia, y que promueva la transformación de los servicios de salud mental para crear una base sólida inclusiva, abierta a la recuperación, la resiliencia y el bienestar. Estos principios son las piedras angulares de MHSA. El plan provee oportunidades para reclutar, capacitar y actualizar la capacitación del personal de salud mental para aquellos quienes cumplan estas directrices.</p>				

AF 2019-20 ✓ EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL Datos y Resultados

- A. Capacitación y Asistencia Técnica: Asociación de Salud Mental (Public Mental Health Partnership, PMHP)
 La misión de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA)- LACDMH PMHP es implementar una capacitación y actividades de asistencia técnica ejemplar focalizadas en las poblaciones vulnerables con enfermedades mentales graves, de forma que se alcance la excelencia en asistencia a la salud mental en todo el Condado; y hacerlo en un contexto de transparencia y confianza entre asociaciones trabajando con LACDMH, que genera beneficios tanto para UCLA como para las comunidades de salud pública. El PMHP está comprometido en dos secciones focalizadas en las enfermedades mentales graves – la Iniciativa para Psiquiatría Comunitaria (Initiative for Community Psychiatry, ICP) y el Programa de Entrenamiento e Implementación (FSP, Training and Implementation Program).

Tabla 52. Asociaciones con la Salud Mental Pública

Capacitación	Servicios Ofrecidos
Iniciativa por la Comunidad de Psiquiatría	
Talleres de entrenamiento curricular esencial (HOME)	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de 10 días con cada Área de Servicio • Creación de un manual HOME
Asesoría con líderes enlace con las personas sin hogar,	Consultas y capacitaciones en base a la necesidad
Garantía de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de plantillas sobre el proceso de los casos • Desarrollo de una evaluación de cliente HOME
Entrenamiento e Implementación FSP	
Entrenamiento y Capacitación en persona y a través de Zoom	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación y Desarrollo • 100 capacitaciones y consultas FSP • Desempeño de funciones en paralelo en FSP • Visita a los sitios de FSP • Entrenamiento de supervisores FSP • Conferencia FSP • Entrenamiento colaborativo FSP
Garantía de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la Propuesta Campeones del Entrenamiento FSP • Preguntas frecuentes de conservación finales • Devolución sobre las métricas de los resultados • Devolución sobre las métricas acerca de la fidelidad • 3 grupos de discusión para adultos de FSP
Innovación para la mejora del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar y repartir boletines informativos grupales • Reporte de Terapia Ocupacional • Guía del Equipo de FSP para “Mantener un compromiso significativo con los clientes” • Desarrollar una librería en línea para FSP • Crear una lista de psiquiatras

Capacitación	Servicios Ofrecidos
Cursos de extensión de UCLA	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un currículum para rol y funciones de asesores de trastornos de uso de sustancias en un equipo multidisciplinario. • 14 cursos de 3 horas
Evaluación de AOT	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte Trimestral (2) • Revisión de HSRC • Reporte final
Proyectos de Basic T	<ul style="list-style-type: none"> • Reclutamiento e Integración: <ul style="list-style-type: none"> ○ Becas postdoctorales (1) ○ Ingreso temprano a la neuropsicología (2) ○ Trabajadores sociales (2) ○ Planes de capacitación para becarios post doctorales • Se provee entrenamiento interno para el personal de todas las disciplinas • Responder a las referencias de LACDMH para una Evaluación Neuropsicológica Integral (CNA) para los clientes. • Se llevan a cabo CNAs para 10 niños en Palmdale • 4 capacitaciones para 100 psicólogos LACDMH
Entrenamientos y consultas para adultos mayores	
Club de periodismo OACT MD	6 sesiones
Entrenamiento didáctico	10 sesiones
Desarrollo de capacitación para currículum	30 horas
Educación continua	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de currículum • Consultas a demanda y entre compañeros • Desarrollo de habilidades para evaluación (consultas uno a uno entre compañeros) • Currículum especialmente desarrollado sobre el COVID-19 para Promotores De Salud Mental • Promotores capacitados y organizaciones basadas en la comunidad y opción religiosa en COVID-19

B. Programa de Desarrollo de Habilidades del Navegador

- **Capacitación Certificada de Navegación de la Salud**
 Este programa da formación a empleados como: trabajadores comunitarios, trabajadores de casos médicos, asesores en casos de abuso de sustancias, especialistas y sus supervisores, en conocimientos y habilidades necesarias para asistir a los consumidores y asesorar tanto en los sistemas de salud pública como de salud mental. Debido al COVID-19, la selección y dictado de esta capacitación ha sido retrasada y potencialmente postergada para el año fiscal 2020-21.
- **Capacitación Certificada de Navegación de la Salud Familiar**
 Esta capacitación entrena al personal que trabaja con familiares de niños y se lleva a cabo en el sistema público de salud mental para guiar y asistir en consultas médicas sobre las necesidades de sus hijos, tanto en el sistema público de salud como en el de salud mental. Debido al COVID-19, la selección y dictado de esta capacitación ha sido retrasada y potencialmente postergada para el año fiscal 2020-21.
- **Programa de Entrenamiento para Interpretes (Interpreter Training Program, ITP)**
 ITP ofrece capacitaciones para el personal bilingüe que actualmente trabaje o esté interesado en ofrecer servicios de interpretación, y también para personas que solo hablan inglés y son proveedores de salud. El uso de intérpretes lingüística y culturalmente competentes es importante para saltar la brecha lingüística y cultural cuando se brindan servicios públicos de salud mental. Debido al COVID-19, este entrenamiento adicionalmente programado no fue ofrecido.

Tabla 53. Resultados ITP para el año fiscal 2019-20

Capacitación	Número de participantes
Acrecentando la terminología de salud mental en mandarín	18
Acrecentando la terminología de salud mental en español	83
introducción a la interpretación en ambientes de salud mental	24
Totales	125

C. Sistema de Enseñanza Neto

LACDMH está desarrollando un sistema de registro en línea que maneja tanto el proceso de registro como el pago de las capacitaciones y las conferencias coordinadas por LACDMH. Este sistema está siendo desarrollado en fases múltiples y se espera que sea completado en el año fiscal 2020-21.

D. Acuerdo de Afiliación Charles R. Drew – Camino Hacia un Programa de Salud Académico

Este programa de prácticas es para estudiantes de secundaria del Área de Servicio 6 interesados en carreras en el campo de la salud del comportamiento, incluyendo la salud mental. Durante el año fiscal 2019-20, 36 estudiantes participaron, teniendo un 94% de representación las comunidades tradicionalmente marginadas. De esos estudiantes, el 66% hablaba una segunda lengua.

E. Acuerdo de Afiliación Charles R. Drew Agreement – Programa de Residencia en Psiquiatría

La Universidad Charles Drew (Charles Drew University, CDU) fue contratada para desarrollar un programa de residencia en psiquiatría, y para manejar, administrar y coordinar capacitaciones de psiquiatras residentes en las instalaciones de DHS y LACDMH, también en la misma Universidad y en instalaciones privadas sin fines de lucro contratadas en colaboración con el Condado.

La primera clase comenzó en el año académico 2018-19 y en cuanto a la capacidad del programa, habrá 24 becarios que van desde el año de Postgrado hasta IV. La primera clase se graduará en junio del año 2022.

Tabla 54. Resultados para el año fiscal 2019-20

Posgraduados	Número de residentes en psiquiatría	Rotaciones
Año 1 posgraduados	6	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mes de la integración se realiza en CDU • Administración de veteranos (VA) Long Beach (Psiquiatría intrahospitalaria): 4 meses • Rancho Los Amigos (Medicina intrahospitalaria): 2 meses • Rancho Los Amigos (Neurología): 2 meses • Kedren (Medicina externa): 2 meses • Harbor-UCLA (Psiquiatría de emergencia): 1 mes
Año 2 posgraduados	6	<ul style="list-style-type: none"> • VA Long Beach (Psiquiatría intrahospitalaria): 3 meses • VA Long Beach (Coordinación y cooperación): 2 meses • VA Long Beach (Psiquiatría de emergencia): 1 mes • VA Long Beach (Abuso de sustancias): 2 meses • VA Long Beach (Psiquiatría geriátrica): 1 mes • Kedren (Psiquiatría intrahospitalaria): 1 mes • Resnick Neuropsych Hospital UCLA (Psiquiatría para niños y adolescentes): 2 meses

La rotación de los posgraduados en Segundo año representa aproximaciones. Las rotaciones individuales varían en el Segundo año dependiendo en el área de foco.

F. Programa de Entrenamiento para Especialista en Recuperación de la Salud Mental

Este programa prepara a individuos, usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, con un mínimo de 2 años de créditos universitario, para trabajar en el campo de la salud mental como un especialista en rehabilitación psico-social. Este programa es brindado en conjunto con un contratado y una universidad comunitaria local. La finalización exitosa de este programa asegura que los participantes estén cualificados para aplicar a oportunidades de carrera en un nivel de dirección en el sistema de salud mental público. Debido al COVID-19, un solo grupo pudo completar esta capacitación.

Durante el año fiscal 2019-20, 21 de los individuos que completaron la capacitación, un 81% representaban a poblaciones marginadas, y un 57% habla una segunda lengua además del inglés.

G. Oportunidades Laborales y Crecimiento Profesional para Defensores de Padres, Defensores de Niños y Cuidadores en el Sistema Público de Salud Mental

- **Programa de Entrenamiento para Padres Socios**
 Este programa promueve el conocimiento y las habilidades relevantes para individuos interesados en trabajar como Defensor de Padres/Socios de los Padres en el sistema público de salud mental, asistiendo a familias y sus niños. Esto realza la resiliencia, el bienestar y la comprensión, incrementando la disponibilidad de un personal orientado a la autoayuda, bienestar personal y resiliencia basada en el empoderamiento de su rol. Por último, el programa de capacitación ofrece empleos a los padres y cuidadores de niños y adolescentes que son usuarios. Durante el año fiscal 2019-20, 96 padres fueron capacitados. Debido al COVID-19, este programa experimentó una reducción en la formación impartida.
- **Simposio del Programa de Entrenamiento de Padres**
 El simposio de tres días fue llevado a cabo en dos ocasiones durante el año fiscal y asistieron aproximadamente 164 padres socios, en cada simposio. Estas oportunidades de capacitación cubrieron un amplio rango de temas, incluyendo: integración de trastornos coexistentes/cuidado; problemas con la justicia criminal; intervención de crisis y apoyo de estrategias; educación; empleo; situación de mendicidad; vivienda; hospitalizaciones; asuntos LGBTQI; adultos mayores; hogares residenciales y agrupamientos de vivienda; prevención del suicidio; etc. Debido al COVID-19, este programa experimentó una reducción en la formación impartida.
- **Programa Honesto, Abierto y Orguloso**
 A través del Instituto de Tecnología de Illinois (Illinois Institute of Technology), LACDMH ofreció asistencia técnica a participantes que hayan completado la capacitación durante el año fiscal 2018-19. Debido al COVID-19, solo un participante pudo aprovechar las ventajas de la asistencia técnica ofrecida durante el año fiscal 2019-20. Se planean para los años siguientes componentes adicionales para esta capacitación.
- **Programa de Inclusión Comunitaria y Apoyo entre Compañeros**
 A través del esfuerzo que supone esta capacitación, el Condado ha garantizado un entrenador para desarrollar y ofrecer entrenamiento y asistencia técnica para ayudar al sistema de salud en la implementación de herramientas y prácticas para promover y generar más participación comunitaria en la recuperación, a través de habilidades de Compañeros que brindan apoyo. Durante el año fiscal 2019-20, 74 individuos completaron esta formación. Se planea para los años siguientes componentes adicionales para esta capacitación.
- **Plan de Acción para la Recuperación y el Bienestar (Wellness Recovery Action Plan, WRAP)**
 El programa WRAP capacitará a los participantes a través del proceso de identificación de su bienestar personal y como utilizar estos recursos como guía en la vida diaria, lidiando con los miedos, las señales tempranas de advertencia y los indicadores de que pueda haber un riesgo de derrumbe mental, y desarrollar directivas avanzadas para planes tras la crisis. Debido al COVID-19, ningún componente de este entrenamiento fue brindado durante el año fiscal 2019-20. Se proyecta que esta capacitación será impartida en los años fiscales subsiguientes.

- Reforma de Atención Continua (Continuum of Care Reform, CCR)**
 La ley de asamblea 403, (Assembly Bill, AB), también conocida como CCR, brinda una transformación comprensiva del sistema de asistencia sanitaria que se provee a las personas en situación de acogida con la intención de sostener un plan de permanencia para los jóvenes de acogida y sus familias. Esta legislación trae cuatro cambios significativos para los hogares grupales y sus respectivos proveedores que necesitan obtener formación sobre el cumplimiento legislativo y una preparación adecuada. Para alcanzar ese objetivo, LACDMH ofreció las siguientes capacitaciones que incluyen temas tales como introducción a la salud mental, diagnóstico y evaluación, y autocuidado:

Tabla 55. Capacitación CCR

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>CCR: Panorama del proceso del Equipo de Infancia y Familia (Child and Family, CFT)</p> <p>AF 2019-20: 20 participantes</p>	<p>Esta capacitación brindará un panorama de cómo se utiliza el proceso de CFT en el CCR. En el CCR, el proceso de CFT es el vehículo de toma de decisiones para la planificación de casos y entrega de servicios. Esta capacitación revisará los elementos involucrados en el proceso de CFT, los miembros del equipo y sus roles. A su vez, identifica los elementos del Modelo de Práctica Central Integrada incorporados en el proceso de CFT y su papel otorgando servicios colaborativos. Los participantes aprenderán estrategias de participación y la importancia de mantener la voz y la elección de los niños y la familia en el centro. Los participantes aprenderán estrategias para hacer equipos de forma efectiva con niños y familias, y apoyos formales e informales. Esta capacitación revisará cómo la formación de equipos puede promover resultados de permanencia positivos y asistir con el cumplimiento de las necesidades subyacentes de los niños. La capacitación utiliza estrategias de aprendizaje tanto didácticas como experimentales para apoyar la transferencia de conocimientos.</p>
<p>CCR: Panorama del modelo de Práctica Central Integrada (Integrated Core Practice, CPM)</p> <p>AF 2019-20: 292 participantes</p>	<p>Esta capacitación brinda un panorama de los estándares de práctica de ICPM, CCR. Enfatiza la expansión del Modelo de Práctica Central de California, incluyendo los valores, principios y elementos centrales; algunos debates adicionales incorporan los componentes que giran alrededor de la práctica del modelo y los comportamientos. Los participantes aprenderán a utilizar estrategias de formación de equipos entre agencias, al mismo tiempo que se brindan servicios a niños y familias involucradas en el sistema de Bienestar Infantil. La voz y elección del niño y la familia son de vital importancia y son apoyados utilizando un enfoque basado en la fortaleza y bien informado sobre el trauma. Una revisión de la seguridad, permanencia y bienestar promueve los principios del modelo a lo largo de la capacitación. Por último, las estrategias de aprendizaje tanto didácticas como experimentales ayudan a la mejora de la aplicación del entendimiento y los conocimientos.</p>
<p>Elaboración de Afirmaciones y Servicios de Necesidades Subyacentes (UNDERLYING NEEDS)</p> <p>AF 2019-20: 25 participantes</p>	<p>Esta capacitación brinda información sobre las Necesidades Subyacentes y su aplicación en el proceso de CCR. Prepara a los proveedores para identificar la relación entre las necesidades subyacentes y el comportamiento de la juventud, así como también a enfatizar la importancia de la participación de jóvenes y familias y de empoderar su voz y elección. Los participantes aprenderán enfoques para la formación de equipos y colaboración efectiva con niños y familias y apoyos formales e informales. La incorporación de la cultura de la familia y las fuerzas funcionales informan sobre la afirmación basada en la necesidad y el desarrollo del apoyo de servicios individualizados para jóvenes y familias en el sistema de Bienestar Infantil. Las actividades de aprendizaje tanto didácticas como experimentales ayudan a mejorar el entendimiento, conocimientos, habilidades e implementación de estrategias de capacitación.</p>
<p>Participación de la juventud en libertad condicional (PROBATION)</p> <p>AF 2019-20: 397 participantes</p>	<p>Esta capacitación brindará conocimientos a la audiencia para reconocer y entender el trauma cuando se observa en la juventud bajo libertad condicional por medio de un enfoque informado sobre el trauma. Se examina el impacto del trauma y sus efectos en el cerebro, el apego, la fisiología y las relaciones sociales. El panorama incluye debates sobre el enfoque informado sobre el trauma, la sensibilidad cultural y las necesidades subyacentes. Se exploran las estrategias para la participación, así como también la sensibilización del personal sobre su contratransferencia. Las actividades en grupo se incorporan para mejorar la aplicación del aprendizaje y abordar los comportamientos desafiantes. Por último, el entrenamiento cubre el tema del autocuidado, y los participantes desarrollarán estrategias de autocuidado para sí mismos.</p>

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Todo lo que Quería Saber sobre la Psicofarmacología: Efectos Secundarios de los Medicamentos (MEDICATION)</p> <p>AF 2019-20: 397 participantes</p>	<p>Este taller brinda una introducción a los efectos secundarios comunes que pueden experimentar los jóvenes cuando se les prescribe medicamentos psicotrópicos. Se revisará la neurobiología básica y el rol de los neurotransmisores en la respuesta de la enfermedad psiquiátrica/medicación, junto a una actualización sobre los efectos deseados, la duración de la acción y los perfiles de efectos secundarios de los antidepresivos, estimulantes, medicamentos ansiolíticos y medicamentos antipsicóticos. Se revisarán e ilustrarán las diferencias entre una respuesta alérgica y un efecto secundario. Se abordará el rol de la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para entender cómo los medicamentos salen al mercado y se monitorean los efectos secundarios. Las diferencias culturales (en base a la genética de la población) se ilustrarán para demostrar por qué ciertas enfermedades/síndromes son más comunes en algunos grupos, mientras que los efectos secundarios pueden ocurrir con mayor frecuencia en algunas poblaciones y no en otras.</p>
<p>Colocación de la Juventud LGBTQ+: Estrategias e intervenciones (LGBTQ)</p> <p>AF 2019-20: 241 participantes</p>	<p>Esta capacitación busca brindar a la audiencia un mejor entendimiento del trauma y las barreras específicas de la juventud LGBTQ+ en los sistemas de bienestar infantil y de libertad condicional. Se utilizará un enfoque basado en el trauma para concientizar a los participantes sobre los desafíos específicos que afectan a esta población vulnerable. Al utilizar un enfoque culturalmente sensible, los capacitadores enfatizarán la terminología LGBTQ+ apropiada y también explorarán el impacto del estigma y el trauma, particularmente, como se relaciona con la juventud de color LGBTQ+. Esta capacitación debate sobre cómo la comunidad impacta a la juventud LGBTQ+ y sugiere estrategias para apoyar las conexiones positivas. Los participantes aprenderán sobre el Modelo de Desarrollo de Identidad de Helm para conceptualizar el proceso de “salir del armario” y cómo emplear enfoques saludables en sus interacciones diarias con estos jóvenes. Los capacitadores brindarán aplicaciones prácticas para abordar el acoso, los desafíos de las personas LGBTQ+, el proceso de aceptación de su orientación sexual y el modelo CFT. Las actividades grupales mejorarán el aprendizaje y aumentarán la sensibilización de cada uno por cómo se relaciona con esta población.</p>
<p>Valores y Habilidades de Permanencia para el Bienestar de los Niños, Libertad Condicional y Profesionales de la Salud Mental (PERMANENCY)</p> <p>AF 2019-20: 110 participantes</p>	<p>Cada niño necesita una familia “sin importar qué” por toda su vida. Esto incluye a los niños con necesidades especiales, grupos de hermanos, adolescentes mayores y niños de diferentes contextos y culturas. Los adolescentes necesitan familias de por vida, habilidades para una vida adulta exitosa y recursos para apoyar su seguridad y bienestar. Uno de los valores principales del CCR es la permanencia. Esta capacitación apoya el objetivo de permanencia de los niños y los jóvenes involucrados en el sistema de bienestar infantil. Los debates de la capacitación incluyen el entendimiento del valor de tomar un enfoque “ambos/y” (“both/and”) al trabajar con niños y jóvenes, así como también las habilidades y estrategias de aprendizaje que ayudan a alcanzar una familia “sin importar qué” para cada niño. Las intervenciones prácticas basadas en cada caso se incorporan para mejorar la aplicación del enfoque con respuesta al trauma basado en equipos de 5 pasos. La capacitación también brindará herramientas para abordar y trabajar con jóvenes que dicen “no” a la permanencia. Por último, se les da estrategias a los participantes para apoyar el logro de la permanencia para los niños y jóvenes involucrados en el sistema de bienestar infantil, incluyendo los que proceden del contexto de una residencia.</p>
<p>Prevención de Brotes: Estrategias de Reducción Informadas para el Trauma (DE-ESCALATION)</p> <p>AF 2019-20: 634 participantes</p>	<p>Esta capacitación busca brindar al personal del Proveedor de Contratos y Libertad Condicional, DCFS y LACDMH conocimientos para reconocer y entender mejor el trauma cuando se observa en niños y jóvenes; abordar el impacto del trauma en el cerebro y proveer estrategias de cuidado informadas sobre el trauma utilizando un enfoque apropiado del desarrollo y culturalmente relevante. Esta capacitación revisará el ascenso de las fases de aumento, las pistas sobre la fase de reducción y también ofrecerá intervenciones informadas sobre el trauma para cada fase incluyendo detalles sobre el proceso de la sesión informativa y estrategias para la prevención del comportamiento de autolesión. Finalmente, se debate sobre la importancia del autocuidado, y los participantes desarrollan estrategias de autocuidado para su uso.</p>

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Participación de la Juventud Fugitiva en Colocación: Panorama y Estrategias para la Respuesta (RUNAWAY)</p> <p>AF 2019-20: 30 participantes</p>	<p>La mayoría de los jóvenes fugitivos tienen dificultades con el abuso de sustancias y problemas de salud mental, poseen un alto riesgo de ser víctimas del tráfico sexual y tienen tasas más altas de implicación en el sistema judicial juvenil. La capacitación incrementará el entendimiento de los participantes sobre las características de los jóvenes que huyen y el impacto de las experiencias traumáticas y el desarrollo sobre el comportamiento de la huida. Proporcionará estrategias para reducir el riesgo de huida, incluyendo recomendaciones de políticas, prácticas, capacitación e implicación directa con jóvenes. El programa tomará un enfoque basado en casos para el diseño de estrategias que puedan ser implementadas para reducir el riesgo de huida. Tras la introducción del contenido central, los participantes revisarán información de casos utilizando un enfoque multidisciplinar y colaborativo para asistirlos en la identificación de estrategias efectivas para involucrar a los jóvenes y reducir el riesgo de huida. Los equipos aprenderán a desarrollar planes de seguridad que abarcan la prevención del comportamiento de huida y la intervención.</p>
<p>Autocuidado para proveedores (SELF-CARE)</p> <p>AF 2019-20: 21 participantes</p>	<p>Esta capacitación prepara a los proveedores de CCR a identificar la relación entre la fatiga de compasión y las estrategias de autocuidado. El autocuidado y el bienestar general son componentes esenciales para prevenir la fatiga de compasión y apoyar los servicios de calidad. El debate incluirá los factores de riesgo, signos e impacto asociados con la fatiga de compasión. Los participantes aprenderán la relación entre la cultura y el autocuidado. También, se revisarán enfoques de prevención importantes para mitigar el riesgo de la fatiga de compasión e incrementar el autocuidado y la resiliencia. Se aborda la identificación e integración de las estrategias del autocuidado en la práctica diaria. Por último, esta capacitación incorpora aprendizaje tanto didáctico como experimental para apoyar la transferencia de entendimiento, conocimiento e integración de los objetivos de la capacitación.</p>
<p>Supervisión de clínicos que brindan cuidados informados sobre el trauma a niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil, Juventud y Familias (STIC, por sus siglas en inglés)</p> <p>AF 2019-20: 78 participantes</p>	<p>Esta capacitación de seis horas revisará el uso de la supervisión basada en la competencia y los componentes esenciales del cuidado informado sobre el trauma para fines de implementación y supervisión. La supervisión informada sobre el trauma se conoce por sus atributos de factores de protección y, en conjunto con el apoyo de autocuidado informado sobre el trauma, son críticos para el apoyo del personal. (Por favor, tenga en cuenta: la supervisión informada sobre el trauma hace referencia a la seguridad, el respeto y la confianza dentro de la relación de supervisión). Se explorarán los conocimientos, habilidades y entendimientos en cuanto al cuidado informado sobre el trauma, trauma secundario, el rol de supervisión entre estos y las prácticas positivas de autocuidado. Esta capacitación será altamente experimental, centrada en las habilidades y en la mejora del entendimiento utilizando viñetas y juego de roles entre el capacitador y los participantes.</p>
<p>Supervisión de trauma indirecto de clínicos que brindan cuidados informados sobre el trauma a niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil, Juventud y Familias (SVT, por sus siglas en inglés)</p> <p>AF 2019-20: 98 participantes</p>	<p>Específicamente aborda el impacto del trauma indirecto sobre los sanitarios, así como también en los supervisores de los clínicos que trabajan en la complejidad de los traumas. Se incluye en el debate el rol de la supervisión basada en la competencia como un factor protector para el personal sanitario y su impacto de factor facilitador sobre el tratamiento de eficacia en los clientes. Esta capacitación tendrá componentes tanto didácticos como experimentales e incorpora estrategias de supervisión basadas en la competencia aplicables al trabajo en el cuidado informado sobre el trauma. Las viñetas ayudarán a mejorar el entendimiento y la implementación del contenido al rol de la supervisión. El componente experimental de la capacitación aborda la resiliencia psicológica tanto del supervisor como del supervisado, promoviendo el bienestar y la salud de ambos en el contexto del trabajo sobre el trauma.</p>
<p>Prácticas informadas sobre el trauma para niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil y Familiar (TIC, por sus siglas en inglés)</p> <p>AF 2019-20: 370 participantes</p>	<p>Esta capacitación fundamental de cuidados informada sobre el trauma apoya el requerimiento de CCR de que los servicios brindados a los niños y familias en el sistema de bienestar infantil son informados acerca del trauma. Esta formación introduce las habilidades clave y esenciales de recuperación del trauma que el personal y los programas pueden usar para brindar un panorama informado sobre el trauma, orientado a la seguridad para los jóvenes y las familias. Se les brindará a los participantes un panorama sobre las implicaciones del trauma de desarrollo en el cerebro y el comportamiento. Los participantes aprenderán herramientas para reconocer los comportamientos relacionados con el trauma y a responder de formas que promuevan la resiliencia. Esta capacitación revisará las estrategias de práctica para involucrar de forma efectiva a jóvenes de acogida que han experimentado el trauma. Como resultado de esta capacitación, los participantes obtendrán conocimientos y habilidades para proporcionar servicios por medio de un enfoque informado sobre el trauma.</p>

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Curso de Primeros Auxilios de Salud Mental para la Juventud (Youth Salud mental First Aid Course, YMHFA)</p> <p>AF 2019-20: 35 participantes</p>	<p>Primeros Auxilios de Salud Mental enseña un plan de acción de 5 pasos para ofrecer ayuda inicial a las personas con señales y síntomas de una enfermedad mental o que están en una crisis, y conectarlos con los profesionales, pares, cuidado social o de autoayuda apropiados. Cualquier persona puede tomar el curso de Primeros Auxilios de Salud Mental de 8 horas: socorristas, estudiantes, maestros, líderes de comunidades espirituales, profesionales de recursos humanos y miembros de la comunidad humanitaria.</p>
<p>Jóvenes con Discapacidades de Desarrollo y Enfermedades Mentales: Panorama e intervenciones (Developmental Disabilities and Mental Health Illness, MHDD)</p> <p>AF 2019-20: 22 participantes</p>	<p>El Programa de Discapacidades de Desarrollo Coexistentes (CDD, por sus siglas en inglés) capacita a los clínicos de salud mental para evaluar y tratar problemas de salud mental que los consumidores con CCD tienen un alto riesgo de desarrollar. El programa brindará herramientas a los participantes para diferenciar el problema de salud mental de la discapacidad intelectual/de desarrollo y tratar el problema de salud mental en el contexto del CDD. Durante la capacitación, los participantes aprenderán a aplicar el Manual de Diagnóstico-Discapacidad Intelectual (Diagnostic Manual-Intellectual Disability, DM-ID-3): Un libro de texto sobre el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con problema/s intelectual/es de salud mental. El conocimiento y la experiencia relacionadas con estas herramientas de diagnóstico son cada vez más valiosas como complemento al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association, DSM V).</p>

H. Programas de Incentivo Financiero

- **Incentivo a la Devolución de los Préstamos a Estudiantes de Psiquiatría en Salud Mental (Student Loan Repayment Incentive, MHP)**
LACDMH ofrece incentivos financieros para quienes tienen un saldo pendiente y son estudiantes a tiempo completo de MHP y a supervisores de MHP que hayan completado un año de servicio continuo en LACDMH y hayan tenido préstamos activos, impagos, de graduados, médicos o estudiantiles. Son elegibles los psiquiatras que no hayan participado o hayan obtenido financiación del equipo de incentivo y reclutamiento de MHP y recibirán un montón anual máximo de hasta \$50.000 por un periodo de cinco años lo que equivale a que la persona puede recibir un total \$250.000 en toda su vida. Durante el año fiscal 2019 - 20, 17 los psiquiatras expertos en salud mental recibieron la asignación. De ellos, 13 (76%) se identifican como una minoría étnica y (41%) hablaba una segunda lengua.
- **Programa de Incentivo para Contratación de Nuevos Empleados de MHP**
Este programa tiene como meta reclutar a potenciales psiquiatras para ofrecerles empleo en el sistema público de salud mental. Para los candidatos elegibles que sean empleados a tiempo completo en MHP y supervisores de MHP que hayan completado un año de servicio continuo en LACDMH y que no hayan participado ni recibido un programa de incentivo financiero, está disponible un bono único de \$50.000 que consiste en \$25.000 después de la finalización del primer año de servicio continuo en LACDMH, y otro pago adicional de \$25.000 una vez que se finalice el segundo año de servicio continuo. Durante el año fiscal 2019-20, dos personas fueron reclutadas y premiadas con este bono.
- **Reembolso por Reubicación de MHP**
Está disponible para empleados a tiempo completo recientemente contratados por MHP o Supervisores MHP que hayan sido reclutados por LACDMH. El monto máximo de reembolso por reubicaciones elegibles es de \$15.000. Si el empleado renuncia a LACDMH dentro del primer año de empleo, el monto completo debe ser reembolsado. Durante el año fiscal 2019-20, un individuo obtuvo este reembolso.
- **Programa de Gratificación para MSW, MFT, y Enfermeras del Área Psiquiátrica**
LACDMH provee a los estudiantes de segundo año gratificaciones educativas del monto de \$18.500 a cambio de una obligación contractual para asegurar empleo en un área difícil de cubrir en el Condado por un mínimo de un año. Este programa apunta a estudiantes que son

lingüística y culturalmente aptos para asistir a quienes tradicionalmente pertenecen a poblaciones marginadas. Durante el año fiscal 2019 - 20, este programa ha beneficiado a 4 practicantes de enfermería, 70 estudiantes MFT y 70 estudiantes MSW. Durante este ciclo, todas las gratificaciones fueron otorgadas. De las personas que lo recibieron, el 81% se identifica como población tradicionalmente marginada. Además, un 78% habla uno de los idiomas principales del Condado.

■ EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
Previo al año fiscal 2019 - 20	Previo al año fiscal 2018 - 19
\$14,8 millones Gastos Brutos Totales	\$15,9 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2021-22	Plan de 3 años fiscales 2021-24
\$19,0 millones Gasto Bruto Estimado	\$57,1 millones Gasto Bruto Estimado

No incluye los gastos de administración del programa.

INNOVACIÓN (INN)

AF 2019-20 ✓ INNOVACIÓN Datos y Resultados

A. **INN 2: Capacidad de Construcción Comunitaria para Prevenir y Abordar el Trauma**

Este proyecto se centra en el desarrollo de la capacidad de la comunidad para identificar y apoyar a los miembros de la comunidad que corren el riesgo de sufrir un trauma o que lo están experimentando. El proyecto tiene como objetivo utilizar los activos de la comunidad para probar estrategias que permitan a las comunidades locales trabajar juntas de manera que, finalmente, conduzcan a una mejor salud mental y a la reducción de traumas, a través de la construcción de valores comunitarios compartidos, el desarrollo del liderazgo y el empoderamiento de los miembros de la comunidad.

Se aprobaron diez agencias principales, dos en cada distrito de supervisión, para establecer asociaciones comunitarias en comunidades definidas geográficamente. Las comunidades identificadas son aquellas con una concentración de desigualdades, incluyendo niveles desproporcionados de pobreza, altas concentraciones de individuos desatendidos y subatendidos y con escasa salud y bienestar, incluyendo desigualdades educativas y de desempleo. Las agencias líderes fueron seleccionadas a través de un proceso de licitación. Cada organización proponente y sus socios comunitarios seleccionaron estrategias específicas del menú que aparece a continuación, basándose en los intereses de su comunidad. Más allá de la aplicación de las estrategias seleccionadas, cada asociación comunitaria es responsable de desarrollar la capacidad de comunidades específicas para trabajar colectivamente en el apoyo a la identificación de la comunidad y la reducción del trauma, como se indica en la solicitud.

Estrategias

- Red de Embajadores Comunitarios (Community Ambassador Network, CAN), la estrategia más reciente añadida al proyecto se extiende a todos los proveedores, lo que mejora el desempeño de todos los compañeros en esta red de embajadores de la comunidad para educar y capacitar a las comunidades, principalmente en este momento, con el COVID-19. El CAN enfatizará y ampliará el desarrollo de la capacidad de la comunidad que ya es fundamental para el proyecto INN 2.
- Formación de Familias Resilientes al trauma, dirigido a niños desde el nacimiento hasta los cinco años y a sus cuidadores, que han sufrido traumas o corren el riesgo de sufrírselos. Las actividades incluyen: la evaluación y la educación de las familias y los niños pequeños por exposición a las Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences, ACES).
- Psicoeducación y apoyo sensible al trauma para comunidades escolares. Formación o talleres sobre el reconocimiento de comportamientos y síntomas de estrés y trauma en los niños, impartidos al personal de educación y atención temprana y a los mentores de la comunidad que trabajan con niños de 0 a 15 años. Los talleres enseñarían técnicas sencillas de afrontamiento fundamentadas en el trauma que puedan aplicarse dentro de los entornos de educación infantil y escolar para reducir el estrés experimentado por los niños.
- Alcance y compromiso con los TAY y grupos de apoyo para TAY, para alcanzar e involucrar a los TAY que están en riesgo o experimentando un trauma como resultado de la falta de hogar.
- Empleo coordinado dentro de una comunidad. A través de una herramienta estandarizada de evaluación del empleo, se creará una red de empresas dentro de una comunidad específica que proporcionará oportunidades de trabajo coordinadas a personas con enfermedades mentales y sin hogar o formalmente sin hogar. Se buscarán oportunidades de trabajo en el mercado laboral competitivo y a través del desarrollo de empresas sociales dentro del vecindario.
- Integración Comunitaria para individuos con una enfermedad mental que hayan sido encarcelados recientemente o que fueron desviados del sistema de justicia penal. Una respuesta comunitaria que implica la creación de un consorcio de las fuerzas del orden, los tribunales y las agencias comunitarias, diseñada para disminuir los encarcelamientos repetidos.

- Modelo de empoderamiento geriátrico diseñado para llegar a los adultos mayores sin hogar, involucrarlos y alojarlos.
- Actividades de autoayuda culturalmente competentes y no tradicionales para familias con múltiples generaciones que experimentan traumas, incluyendo programas de compromiso, narración de historias intergeneracionales y tutoría intergeneracional.

Actualmente, Innovación 2 se encuentra a mitad del tercer año de este proyecto de cuatro años. Desde la implementación del proyecto INN 2, ha habido un lanzamiento de dos días y ocho (8) sesiones de aprendizaje, a las que asistieron las agencias líderes de INN 2, los socios de la comunidad, los miembros de la comunidad, y cada sesión estuvo llena de expertos en la materia que compartieron sus conocimientos sobre varios temas principales, además de las presentaciones de los socios de INN 2. El equipo de INN 2 ha convocado, asistido en persona, o de forma virtual, y revisado las actas de más de 500 reuniones de socios comunitarios, proveedores y la red TAY.

Desde el inicio de este proyecto, nueve (9) agencias líderes y sus socios comunitarios o subcontratistas han implementado una o más de las siete estrategias clave identificadas para el desarrollo de la capacidad centrada en el alcance específico y el empoderamiento de la comunidad. Se ha encargado a todas las asociaciones y participantes que se registren en el Sistema de Gestión de Resultados de la Innovación (iHOMS) para hacer un seguimiento de los resultados, de los datos, y poder observar diversas curvas de aprendizaje relacionadas con las estrategias de este proyecto, incluidos los principales ejes que afectan al trabajo de las agencias líderes durante la pandemia. Las agencias líderes que han implementado más de una estrategia de desarrollo de capacidades tienen una mayor inscripción de participantes en el INN 2 en general, y el sistema de recopilación de datos es preciso, aunque a veces puede subestimar la participación real y el compromiso de la comunidad por parte de una agencia en particular cuando los participantes desaparecen de futuras participaciones. Los ejes de INN 2 COVID-19 han incluido la adición de la CAN y la recopilación de datos especificados para las actividades específicas de la CAN y del COVID-19, así como la divulgación y el compromiso.

Durante los primeros dos años y medio del proyecto INN 2 (2018-2020), las agencias líderes se han comprometido a sí mismas y a sus asociaciones a servir a las comunidades de manera sensible al trauma, y aunque los objetivos de este proyecto son innovadores, en el sentido de que no están prestando servicios tradicionales de salud mental directa, la visión de la capacidad comunitaria con un enfoque no tradicional ha estado sirviendo muy bien a todas las comunidades, según la recopilación de los datos.

Las sesiones de aprendizaje se celebran trimestralmente (enero, abril, julio y octubre) y se han diseñado intencionadamente para que sean dinámicas y apoyen el aprendizaje en tiempo real de los socios y del personal de LACDMH. Así, las sesiones de aprendizaje incluyeron formación de expertos, aprendizaje entre compañeros y debates. Las actividades llevadas a cabo en cada sesión de aprendizaje han reforzado las herramientas y habilidades de creación de la capacidad comunitaria, han creado confianza y relaciones más profundas entre los socios y han utilizado los datos de evaluación para el aprendizaje extenso. Hasta la fecha, Innovación 2 ha llevado a cabo 8 Sesiones de Aprendizaje de forma completa.

Durante este tiempo, sin precedentes debido al COVID-19, que ha impactado a las comunidades de INN 2 y más allá, el trabajo de las agencias líderes y sus socios ha sido inquebrantable. Al aprovechar las relaciones y asociaciones existentes, cada agencia líder fue capaz de identificar los recursos disponibles y conectarse con los miembros de la comunidad con los apoyos necesarios (es decir: la vivienda, los alimentos, las unidades móviles de ducha, comidas calientes, asistencia para el alquiler y una multitud de enlaces), mientras expandían varias plataformas de medios sociales y creaban una mayor visibilidad para proporcionar estos recursos y servicios. Las reuniones virtuales de la agencia y de la asociación se han trasladado a Zoom y a otras plataformas de teleconferencia, lo que permite a cada persona permanecer conectado y continuar con un trabajo importante de gran impacto para la vida de otras personas. También hay que señalar que se ha implementado una categoría relacionada con COVID en la base de datos iHOMS, lo que permite el seguimiento de todos los datos relacionados con COVID de la agencia líder.

Muchas agencias líderes han utilizado los determinantes sociales de la salud mental para identificar a las poblaciones en riesgo y vulnerables dentro de sus comunidades. Utilizando los medios sociales para educar a sus comunidades con información precisa sobre el virus, la reapertura, los apoyos concretos disponibles, la divulgación y el compromiso, la educación, la formación de y la participación en el censo y la información sobre el voto durante las elecciones de 2020, este proyecto ha hecho una transición lenta a una plataforma que ha identificado necesidades comunitarias más profundas y el plan para incorporar la CAN en los próximos dos años.

Los grupos de trabajo de Humildad Cultural han diseñado un marco y unos objetivos asociados junto con la ayuda del equipo de evaluación para la INN 2. Este grupo de trabajo se reunió inicialmente en diciembre de 2019, compuesto por representantes de agencias. En el transcurso de varias reuniones, el grupo de trabajo ha discutido la intersección de la competencia cultural y la atención sensible al trauma, con objetivos que permanecen alineados con las estrategias de creación de capacidad comunitaria.

La planificación de la sostenibilidad se ha llevado a cabo durante el último año. Se distribuyeron plantillas a cada agencia líder junto con lluvias de ideas durante las reuniones mensuales de la asociación para la expansión del proyecto y la planificación de la financiación futura proyectada para después de la conclusión del cuarto año de la colaboración conjunta entre la agencia líder y LACDMH. Las claves previstas para la sostenibilidad que se han debatido incluyen las "Tres C": Conectividad, acción Colectiva (acción personal combinada de todos los miembros de la comunidad) y desarrollo de la capacidad de la comunidad.

Medidas de Resultados

Es necesario aprender de fuentes cualitativas y cuantitativas para documentar el éxito de las estrategias para así poder aumentar la concienciación de la comunidad sobre el trauma y la capacidad de las asociaciones para apoyar a los miembros de la comunidad que han sufrido un trauma o corren el riesgo de sufrirlo. El enfoque de medición cuantitativa se centra en la aplicación de herramientas y medidas de resultados que apoyan el aprendizaje continuo. Este enfoque se centra en dos niveles del proyecto.

Al cierre de 2020, se han registrado casi 4,000 participantes en iHOMS. El sistema iHOMS se puso en marcha en febrero de 2019 para apoyar la realización de dos medidas de asociación, el Inventario de Factores de Colaboración de Wilder y la Encuesta de Redes Sociales. Desde entonces, el sistema ha evolucionado a la par con INN 2, y ahora apoya el seguimiento de las actividades de divulgación y compromiso y los vínculos con los recursos y apoyos, así como la medición de resultados para los participantes de INN 2. Actualmente, los programadores siguen ampliando las capacidades de información y de intercambio de datos. Hasta la fecha, la mayoría de los datos recogidos proceden de los participantes de INN 2, que son familias con niños pequeños de entre 0 y 5 años (> 32%), TAY (> 25%) y personas que han sido recientemente encarceladas o desviadas del sistema judicial (> 17%).

- Medición de las asociaciones, utilizando el Inventario de Factores de Colaboración de Wilder, la Encuesta de Redes Sociales y la Autoevaluación de Asociaciones Sensibles al Trauma (Trauma-Informed Partnerships, TIP), para documentar el desarrollo de asociaciones y la creación de coaliciones.
- El impacto de las estrategias de desarrollo de capacidades en los participantes de INN 2 se mide utilizando la Escala de Resiliencia de Conner-Davidson (CD-RISC-10), el Inventario COPE (Versión Breve) y la Escala de Inclusión de la Comunidad en el Ser (Inclusion of Community in Self, ICS).

A continuación, se presenta un breve resumen de las herramientas de medición de resultados utilizadas:

- La Escala ICS es una medida pictórica diseñada para comprender la percepción de la conexión con la comunidad.
- El CD-RISC-10 es una medida de autoinforme de 10 elementos sobre el nivel de resiliencia de un individuo. La resiliencia puede considerarse como una medida de la capacidad de afrontar el estrés con éxito, que varía con el tiempo y el contexto.
- El Inventario COPE es una medida de autoinforme multidimensional para evaluar las diferentes formas en que las personas responden al estrés. Los 28 elementos del COPE Breve evalúan una amplia gama de respuestas de afrontamiento, como el replanteamiento positivo, el afrontamiento activo, la autodistracción, la aceptación de la negación, el uso de sustancias y el desahogo.
- El Inventario de Factores de Colaboración de Wilder es una herramienta de evaluación de 44 elementos basada en la investigación y diseñada para medir veintidós factores que influyen en el éxito de la colaboración.
- La Encuesta de la Red Social es una encuesta de 2 elementos diseñada para INN 2 con el fin de visualizar la estructura de la asociación y los cambios en la comunicación dentro de las asociaciones a lo largo de INN 2.
- La autoevaluación TIP se basa en los Instrumentos Organizacionales Sensibles al Trauma. La evaluación de 36 elementos pretende ser una herramienta para ayudar a las organizaciones a evaluar su conocimiento de la cultura sensible al trauma dentro de su asociación.

Desglose Cualitativo Adicional del Enfoque de Análisis para Este Proyecto Hasta la Fecha:

- La puntuación media de los participantes de INN 2 en la escala ICS en la línea de base fue > 3.63 con más del 36% de los participantes en el rango de 3 a 4 (una escala utilizada para medir la relación entre el participante y su comunidad), lo que demuestra un cierto sentido de interconexión dentro de la comunidad en promedio. Los datos generales sugieren que los individuos pueden percibir mayores niveles de conexión a través de la participación en la Innovación 2. (Conectividad)
- La puntuación media del CD-RISC-10 para los participantes de INN 2 en la línea de base fue superior a 28 de una puntuación superior a 40, y las puntuaciones más altas indican una mayor resiliencia. Esta herramienta de medición utiliza una escala para calibrar entre "a veces cierto" y "a menudo cierto" para los participantes que han experimentado la resiliencia tras el trauma. La puntuación media del CD-RISC para las evaluaciones de los participantes fue de alrededor de 30,5+, lo que supone un aumento estadísticamente significativo en comparación con la línea de base. Estos datos sugieren que algunos individuos pueden sentirse más resilientes gracias a su participación en la Innovación 2. (Resiliencia)
- Las puntuaciones del COPE Breve se presentan para dos estilos de afrontamiento generales, el afrontamiento evasivo y el afrontamiento de aproximación. El afrontamiento evasivo puede estar relacionado con una peor salud física y ha demostrado ser menos eficaz en el manejo de la ansiedad. El afrontamiento de aproximación se asocia con respuestas más útiles a la adversidad, incluyendo un ajuste práctico adaptativo, mejores resultados de salud física y una respuesta emocional más estable. La evitación emocional es una reacción común al trauma. La puntuación media del afrontamiento de aproximación para los participantes de INN 2 en la línea de base fue superior a 36 y la puntuación media del afrontamiento de evitación en la línea de base fue superior a 23 de 48+. Estos datos sugieren que los participantes de INN 2 perciben que utilizan más habilidades de afrontamiento que de evitación cuando se enfrentan a eventos difíciles o estresantes. Durante la revisión del inventario de evaluación anual, un menor número de participantes consideró que estaba "aprendiendo a vivir con ello" y que "hacía cosas para pensar menos en ello" cuando se trataba de su trauma. (Habilidades de Afrontamiento)
- El progreso en torno a Wilder ha evolucionado durante el último año, ya que la mayoría de las agencias han superado los retos anteriores relacionados con la formación de sus asociaciones. El progreso logrado como resultado de esta evolución de un año fue probablemente facilitado por la construcción de relaciones, utilizando los datos de la asociación para identificar las áreas de

crecimiento. Estos datos también ayudaron a enmarcar las agendas de las Sesiones de aprendizaje, y las agencias colaboraron para desarrollar la visión y la implementación de planes de avance de la INN 2 a lo largo del segundo año. La revisión anual de los datos evalúa la creación de relaciones, el crecimiento y el progreso de las asociaciones, lo que ayudó a enmarcar las agendas de las Sesiones de Aprendizaje y a que las agencias colaboraran y afinaran su visión para los planes de la INN 2. (Herramienta de recopilación de datos sobre asociaciones y desarrollo de capacidades)

- El análisis de redes sociales (Social network analysis, SNA) es una ciencia para comprender la estructura, las interacciones y las relaciones entre los individuos de un grupo. El SNA ilustra los patrones de comunicación y el flujo de información entre los individuos que están conectados entre sí. A partir del SNA, esperamos comprender mejor quién se comunica con quién dentro de las asociaciones y cómo evolucionan estos patrones de comunicación a medida que se desarrollan las asociaciones. El SNA siempre podrá identificar a las personas más influyentes de cada red, para luego analizar, crear o modificar los mapas de la red en torno a los participantes centrales clave. Los datos de INN 2 sugieren un entorno político y social constantemente favorable y un historial de liderazgo comunitario que ha incluido un aumento estadísticamente significativo de las nuevas relaciones, con más del 58% de los socios que completan esta medida. Un aumento de más del 20% de los socios en la participación de la encuesta SNA, y redes con un promedio de más de 60 socios con un aumento de más del doble respecto al año anterior (2019).
- La Autoevaluación TIP se basa en los Instrumentos Organizacionales Sensibles al Trauma y pretende ser una herramienta para ayudar a las organizaciones a evaluar su conocimiento y cultura sensible al trauma dentro de una asociación. No es una medida de lo que los individuos saben sobre el trauma, sino de las oportunidades de educación y formación con una organización o asociación. El TIP incluye tres áreas de enfoque: CRM, RCP Emocional/Primeros Auxilios de Salud Mental y los enfoques de formación de LACDMH sobre estar informado acerca de la sensibilidad al trauma y el cuidado general.

El objetivo principal de la recopilación de datos del TIP es comprender la preparación de cada asociación para implementar enfoques sensibles al trauma e identificar los componentes de conocimiento básicos del mismo que son necesarios para enseñar a otros. Una revisión bianual (cada seis meses) de los datos de 2020 ha mostrado que más del 77% de los socios informaron de que habían participado en una formación de atención sensible al trauma como parte de su función para la Innovación 2. Las formaciones más comunes incluyeron: "Modelo de Resiliencia Comunitaria (Community Resilience Model, CRM)", "RCP Emocional"/"Primeros Auxilios en Salud Mental", e "Habilitados para el Trauma" de LACDMH entre otros entrenamientos generales de Cuidados Sensibles al Trauma. Más del 88% de los socios de INN 2 consideraron que había oportunidades de educación y formación sobre la definición de estrés traumático, cuál es la relación entre el trauma y la salud mental y cómo el estrés traumático afecta al cerebro y al cuerpo.

El 79% de los socios de INN 2 aprendieron sobre cómo el trauma afecta al desarrollo del niño a través de la formación y la educación de este proyecto. Más del 75% ha identificado oportunidades sobre cómo el trabajo con los supervivientes de traumas afecta a la comunidad general en su conjunto.

Resumen

En general, la formación y la educación de todos los socios es vital para lograr estar sensibilizados sobre el trauma, tal y como lo sugieren los datos. Tener un conocimiento compartido sobre estos temas específicos asegura que los socios tengan el mismo nivel de comprensión y puedan proporcionar consistentemente tipos similares de respuestas sensibles al trauma. Todos los CAN están siendo capacitados actualmente en la formación colaborativa COVID-19 LACDMH/DPH/DHS y en el CRM, y a su vez, impartirán ambas formaciones a sus comunidades vecinas.

B. INN 3: Help@Hand (anteriormente conocido como Paquete Tecnológico)

Help@Hand (anteriormente conocido como el Paquete Tecnológico de Innovación) es un proyecto colaborativo entre ciudades y condados, con el potencial para alcanzar a más de la mitad de la población californiana, y con la meta de emplear una gama de soluciones innovadoras de salud mental para aumentar el acceso a la atención y bienestar. Basándose en los aprendizajes iniciales del primer año del proyecto, LACDMH centró sus poblaciones locales objetivo y tiene como finalidad:

- Enfocarse en la participación de los estudiantes universitarios, de postgrado y de formación profesional con un conjunto de aplicaciones tecnológicas que tienen como objetivo satisfacer sus necesidades de salud mental y bienestar y/o ayudar a ponerlos en contacto con los niveles adecuados de atención y apoyo;
- Mejorar la salud mental y el bienestar de los empleados del Condado, mediante el incremento del acceso y el compromiso con las tecnologías digitales que apoyan la salud mental y el bienestar;
- Mejorar la salud mental y el bienestar de los residentes del Condado, favoreciendo el acceso y el compromiso con las tecnologías digitales que apoyan la salud mental y el bienestar; y
- Mejorar el compromiso entre las personas que reciben servicios en LACDMH a través de herramientas digitales de salud mental y bienestar.

Tras recibir la aprobación del MHSOAC el 26 de octubre de 2017, LACDMH celebró un acuerdo con la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (California Mental Health Services Authority, CalMHSA), una Autoridad de Poderes Conjuntos empleada por los condados, para facilitar las funciones administrativas como la gestión fiscal, de contratos y de proyectos, de este proyecto colaborativo entre condados y ciudades. El acuerdo de participación fue aprobado por la Junta de Supervisores en febrero de 2018. Los departamentos de salud mental de los condados participantes pretenden aportar soluciones de salud mental basadas en la tecnología al sistema público para la salud mental con los objetivos de:

- Aumentar el acceso al nivel adecuado de atención;
- Reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales promoviendo el bienestar mental;
- Detectar y reconocer antes los síntomas de salud mental;
- Aumentar el propósito, la pertenencia y la conexión social de las personas atendidas; y
- Analizar y recopilar datos para mejorar la evaluación de las necesidades de salud mental y la prestación de servicios.

Los condados de Los Ángeles, Kern y Mono participaron en la selección de proveedores de tecnologías en febrero de 2018 y seleccionaron a 7 Cups y Mindstrong como proveedores iniciales. En abril de 2018, se aprobó que los condados de Orange y Modoc se unieran al conjunto de tecnologías y, en septiembre de 2018, se aprobaron otros 10 condados, para un total de 15 condados y ciudades. Durante el comienzo del verano de 2018, se seleccionó a RSE como empresa de divulgación, compromiso y mercadotecnia, y a la Universidad de California, Irvine, como evaluador del proyecto.

Se logró un aprendizaje significativo en la fase inicial del proyecto con el dirección de las dos primeras aplicaciones. LACDMH está probando la aplicación de atención Mindstrong en el programa ambulatorio de terapia conductual dialéctica (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) de Harbor-UCLA como estrategia para promover la detección temprana de la desregulación emocional. LACDMH también puso a prueba 7Cups como una herramienta digital (aplicación y basada en la web) para aumentar la conexión social a través del chat y el bienestar utilizando rutas de crecimiento y un contenido educativo y de autoayuda.

Estado de la implementación el 1 de diciembre de 2020: El Proyecto está en pausa.

C. INN 4: Estimulación Magnética Transcraneal (EMT)

LACDMH implementó la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) Móvil como proyecto de Innovación 4. La EMT está aprobada por la FDA para el tratamiento de la depresión y es un tratamiento no invasivo que puede aumentar o suprimir la actividad de las neuronas en zonas específicas del cerebro mediante el uso de estimulación electromagnética. Según las directrices de buenas prácticas de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, la EMT es ahora un tratamiento de primera línea para la depresión que no ha respondido a una medicación antidepressiva (APA 2010), además de ser eficaz para la depresión resistente al tratamiento.

La EMT utiliza pulsos magnéticos dirigidos con precisión, similares a los utilizados en la Resonancia Magnética (RM), para estimular zonas clave del cerebro que están poco activas en los clientes con depresión. El cliente se reclina cómodamente en una silla mientras está despierto y alerta durante el tratamiento. A continuación, se coloca una bobina electromagnética en el cráneo directamente en la zona objetivo del cerebro, donde el dispositivo genera campos magnéticos que alteran la actividad eléctrica de las neuronas. La potenciación o supresión de la actividad neuronal depende de una serie de variables, entre ellas la frecuencia de los pulsos de EMT. Durante el tratamiento, el cliente oye un chasquido y siente una sensación de golpeteo en la cabeza. El cliente puede volver a sus actividades normales inmediatamente después del tratamiento. El tratamiento puede durar entre 3 a 45 minutos y se administra una vez al día 5 días consecutivos a la semana durante 4 a 8 semanas.

En abril de 2018, LACDMH fue aprobado para implementar un programa de EMT móvil empleando un vehículo equipado con dicha tecnología, realizada a clientes con pleno consentimiento que reciben servicios en programas ambulatorios para adultos. La población objetivo incluye individuos que reciben servicios ambulatorios y que padecen depresión como parte principal de sus síntomas psiquiátricos y uno o más de los siguientes:

- Resistencia al tratamiento con agentes psicofarmacológicos, evidenciada por la falta de una respuesta clínicamente significativa a al menos dos agentes psicofarmacológicos en el episodio depresivo actual; o
- Incapacidad de tolerar los agentes psicofarmacológicos, evidenciada por dos ensayos de agentes psicofarmacológicos de dos clases de agentes diferentes; o
- Antecedentes de respuesta a la EMT en un episodio depresivo anterior; o
- Antecedentes de respuesta a la terapia electroconvulsiva (TEC) en un episodio anterior o actual o bien una incapacidad para tolerar la TEC, o es candidato a la TEC, pero la ha rechazado y la EMT se considera una opción de tratamiento menos invasiva.

Dada la naturaleza del tratamiento con EMT, se excluyen los individuos con antecedentes de trastornos convulsivos y aquellos con implantes metálicos en la cabeza o en la parte superior del torso (por ejemplo, marcapasos cardíacos). Los objetivos del proyecto INN 4 EMT Móvil son los siguientes:

- Proporcionar acceso a un tratamiento nuevo y eficaz a clientes con enfermedades mentales crónicas y graves
- Aumentar la adherencia al tratamiento llevando este al cliente
- Reducir el uso de otros recursos (por ejemplo, hospitalización psiquiátrica, visitas a la sala de emergencias, servicios de apoyo intensivos, etc.)
- Mejorar el funcionamiento social y ocupacional que lleve a una reintegración comunitaria exitosa
- Aumentar la calidad de vida de los clientes con antecedentes de depresión mal tratada.
- En general, el objetivo principal de este proyecto de innovación es mejorar la calidad de los servicios de salud mental y lograr mayores resultados proporcionando un tratamiento nuevo y eficaz a los clientes con enfermedades mentales crónicas y graves. Este proyecto pretende introducir un nuevo enfoque o planteamiento que sea novedoso en el sistema general de salud mental, incluyendo, entre otros, la prevención e intervención temprana.

Estado de Implementación a 1 de diciembre de 2020

La prestación del servicio de este proyecto comenzó el 30 de mayo de 2019 tras la obtención de una unidad móvil de EMT. La unidad móvil de EMT es un vehículo personalizado con modificaciones que permiten que un pequeño equipo de atención provea tratamientos de EMT dentro de ella. Los clientes de las clínicas operadas directamente son derivados al programa de EMT por sus proveedores ambulatorios (psiquiatras o clínicos). Después de recibir la derivación, los clientes tienen una consulta en persona con el director del programa de EMT (Marc Heiser, MD, PhD) durante la cual se revisan sus síntomas, su historial de tratamiento y su historial médico, y se completa un formulario de detección de seguridad y escalas de calificación de los síntomas iniciales. El tratamiento se explica y se demuestra para los clientes y éstos tienen la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Si están interesados y el tratamiento es adecuado, se rellena un formulario de consentimiento informado y se les cita para el tratamiento inicial.

Hasta el 13 de marzo de 2020, los clientes eran remitidos y recibían tratamientos diarios (de lunes a viernes) dentro de la unidad móvil de EMT en una ubicación, la clínica de psiquiatría para pacientes ambulatorios de Harbor UCLA. Si bien la unidad de EMT ha estado en un solo sitio, el programa ha recibido derivaciones y ha atendido a clientes de seis clínicas de LACDMH ubicadas en todo el condado de LA (incluidas las Áreas de Servicio 2, 3, 5 y 8).

Los servicios de EMT móvil se suspendieron a partir del 14 de marzo de 2020, a causa del COVID-19. Debido al horario de tratamiento intensivo que requieren los servicios de EMT (5 días a la semana durante aproximadamente 4-6 semanas), en general, los clientes a veces tienen dificultades para adaptarse al cambio y experimentan un empeoramiento repentino de los síntomas depresivos. Por lo tanto, el personal de EMT realizó controles telefónicos con los clientes de EMT tan pronto como fue posible para evaluar cómo estaban afrontando la transición y continuó realizando controles telefónicos 1-2 veces por semana mientras no estaban recibiendo los servicios de EMT, en la medida de lo posible. Las puntuaciones del PHQ-9 también se completaron por teléfono semanalmente con cada cliente mientras no estaban recibiendo los servicios de EMT, con el fin de realizar un seguimiento de la sintomatología depresiva. Esta información se utiliza para supervisar a los clientes y determinar la necesidad de que un cliente vuelva a recibir tratamientos de EMT con una frecuencia reducida (proporcionados 1-2 veces por semana) hasta que los servicios de EMT vuelvan a estar a la altura en el año fiscal 2020-21.

Cantidad de clientes atendidos:

Hasta el 13 de marzo de 2020, el programa había recibido 47 derivaciones. Entre el 1 de mayo de 2019 y el 13 de marzo de 2020, se completaron 40 consultas y 29 clientes han recibido tratamientos de EMT. 16 de estos clientes completaron un curso de tratamiento EMT completo.

Tres clientes no completaron un curso de tratamiento completo, pero solo uno de los tres se debió a la dificultad para tolerar el tratamiento. Uno de los otros no pudo completar el curso de tratamiento debido a que ingresó en un programa residencial de uso de sustancias. El otro cliente que no completó un curso completo de EMT tuvo una exacerbación de problemas médicos no relacionados que dificultaron la asistencia a los tratamientos diarios. El tratamiento de varios clientes fue interrumpido por la pandemia de COVID-19 y ahora han reiniciado los tratamientos.

A continuación, se resumen los datos demográficos de los 16 clientes que completaron un curso de tratamiento completo de EMT a partir del 13 de marzo de 2020:

- La mayoría eran adultos (entre 26 y 59 años) 75%, mientras que el 25% eran adultos mayores (más de 60 años)
- La mayoría se identificó como hombre (69%) frente a las mujeres (31%)
- La mayoría se identificó como no hispano/latino (75%). El 19% se identificó como hispano/latino y para el 6% de los clientes, la etnia era desconocida.
- La mitad se identificó como blanca (50%), seguida de la mexicana (13%). Otras razas incluían nativos asiáticos (6%), negros/afroamericanos (6%), camboyanos (6%) y coreanos (6%). La raza del 13% de los clientes era desconocida.

- La mayoría de los clientes declararon que su idioma principal era el inglés (81%). Otros idiomas principales fueron el español (13%) y el camboyano (6%).

Datos de resultados que se están recopilando y cualquier análisis del impacto hasta la fecha:

Las preguntas generales de aprendizaje para este proyecto son las siguientes:

- ¿Serán estos individuos adherentes a un programa de tratamiento de EMT móvil?
- ¿Es la EMT un tratamiento eficaz para esta población?
- ¿La EMT para la depresión conduce a la mejora de los síntomas por comorbilidad (es decir, el uso de sustancias, los síntomas psicóticos, etc.)?
- Si la EMT es un tratamiento eficaz para esta población, ¿debería ampliarse el programa para tratar a una mayor parte de la población?

Para evaluar el impacto de la EMT, se realizan medidas de los resultados de la depresión al principio del tratamiento y de forma semanal durante el curso del mismo. Las medidas incluyen lo siguiente: Inventario Rápido de Síntomas Depresivos (Quick Inventory of Depressive Symptoms, QIDS-SR-16) -cumplimentado por el cliente-, la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) -cumplimentada por el personal clínico-, y el Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) -cumplimentado por el cliente-. La satisfacción del cliente con la EMT también se evalúa al final de cada sesión, utilizando un control verbal, y utilizando una encuesta de satisfacción del cliente al final del tratamiento. Estas herramientas de evaluación permiten al personal clínico hacer un seguimiento de las mejoras en los síntomas depresivos y los resultados funcionales que pueden, a su vez, ser utilizados para valorar la eficacia de este programa.

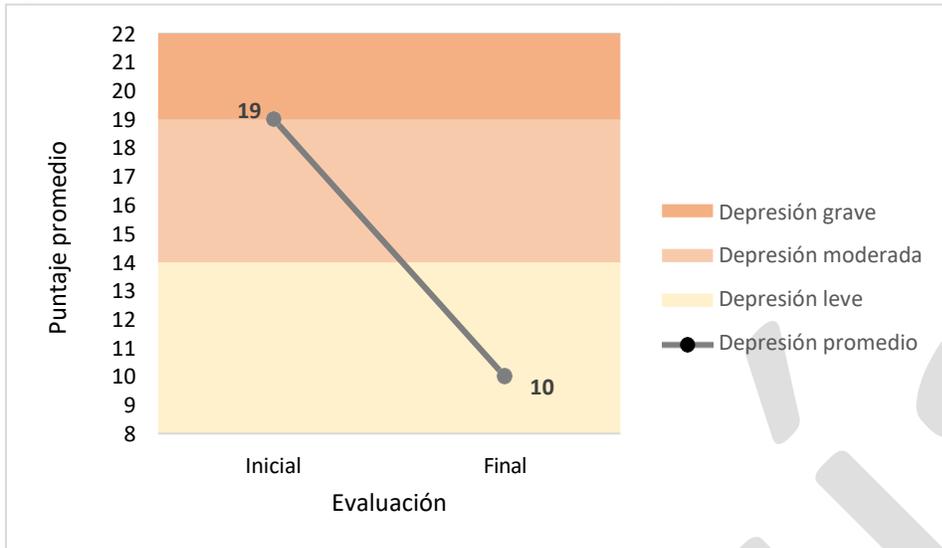
A continuación, se presenta un resumen de los datos recopilados para los clientes que completaron un curso de tratamiento completo entre el 1 de mayo de 2019 y el 13 de marzo de 2020. Los datos incluidos son para los clientes que recibieron al menos dos tratamientos de EMT y completaron la medida respectiva al menos dos veces.

Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (Depression Rating Scale, HAMD-17)

La HAMD-17 es una de las medidas de depresión más antiguas y más utilizadas en la investigación y la práctica clínica. La HAMD-17 es una medida completada por el personal clínico que incluye 17 elementos. Las puntuaciones totales de 0 a 7 indican que no hay depresión; las puntuaciones de 8 a 13 indican depresión leve, las puntuaciones de 14 a 18 indican depresión moderada, las puntuaciones de 19 a 22 indican depresión grave y las puntuaciones de 23 a 50 indican depresión muy grave.

Para los clientes que recibieron tratamiento con EMT durante este período, la puntuación media inicial de la HAMD-17 fue de 19, lo que indica una depresión grave. Al final del tratamiento, la puntuación media fue de 10, lo que indica una depresión leve. *Hubo un cambio promedio en la puntuación desde el inicio hasta el final del tratamiento de 9 puntos (47% de disminución), lo que indica que se obtuvo una mejora general en los síntomas depresivos al final del curso del tratamiento EMT.*

Figura 35. Resumen de las Puntuaciones Promedio HAMD-17 para los clientes del EMT Móvil (n = 16)

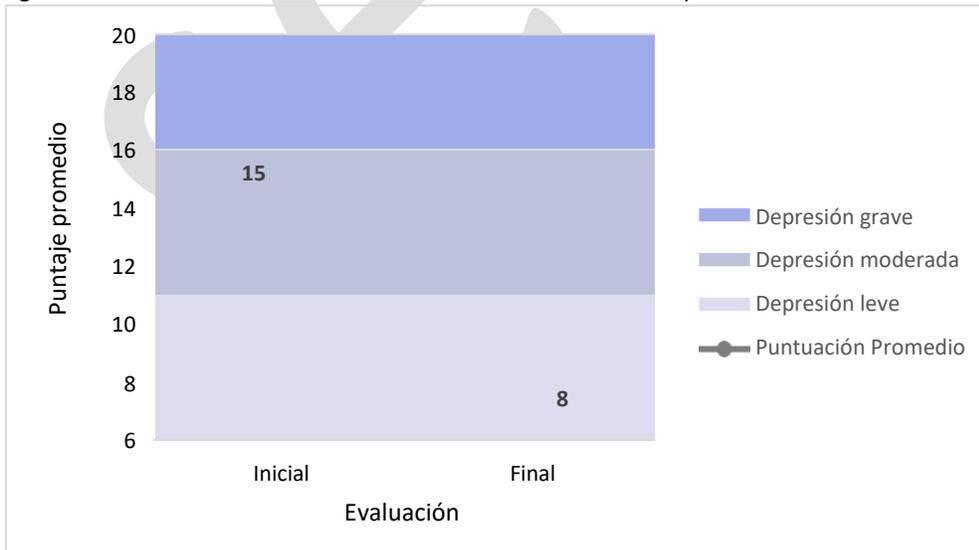


Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva – Autoinforme (QIDS-SR-16)

El QIDS-SR-16 es una medida de autoinforme de 16 puntos de la gravedad de los síntomas depresivos derivada del Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS) de 30 puntos. Hay nueve síntomas de depresión que se miden en los 16 elementos (sueño, estado de ánimo, apetito/peso, concentración, visión de sí mismo, ideación suicida, interés, fatiga y psicomotricidad). Las puntuaciones del 1 al 5 indican que no hay depresión; las puntuaciones del 6 al 10 indican una depresión leve; las puntuaciones del 11 al 15 indican una depresión moderada; las puntuaciones del 16 al 20 indican una depresión grave; las puntuaciones del 21 al 27 indican una depresión muy grave.

Para los clientes que recibieron tratamiento de EMT durante este periodo, la puntuación media inicial del QIDS-SR-16 fue de 15, lo que indica una depresión moderada. Al final del tratamiento, la puntuación media fue de 8, lo que indica una depresión leve. *Hubo un cambio medio en la puntuación desde el inicio hasta el final del tratamiento de 7 puntos (47% de disminución), lo que indica que hubo una mejora general de los síntomas depresivos al final del curso del tratamiento con EMT.*

Figura 36. Resumen del Promedio de Puntuaciones QIDS-SR-16 para clientes del EMT Móvil (n = 13)

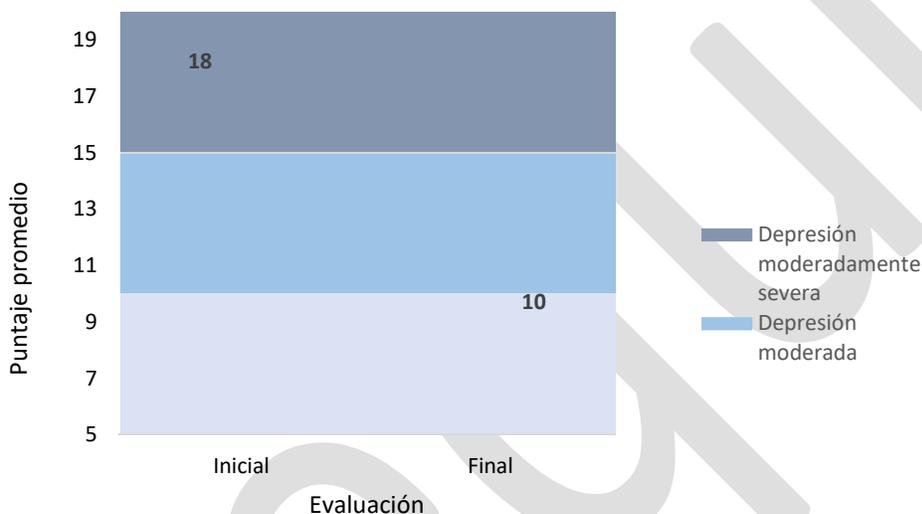


Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

El PHQ-9 es un instrumento de evaluación conciso y de autoinforme para la depresión. Incorpora los criterios de depresión del DSM-IV con otros síntomas principales de depresión en un instrumento breve de autoinforme que se utiliza habitualmente para la evaluación y el diagnóstico, así como para la selección y el seguimiento del tratamiento. Las puntuaciones de 0 a 4 indican una depresión mínima; las puntuaciones de 5 a 9 indican una depresión leve; las puntuaciones de 10 a 14 indican una depresión moderada; las puntuaciones de 15 a 19 indican una depresión moderadamente grave; y las puntuaciones de 20 a 27 indican una depresión grave.

Para los clientes que recibieron tratamiento con EMT durante este periodo, la puntuación media inicial del PHQ-9 fue de 18, lo que indica una depresión moderadamente grave. Al final del tratamiento, la puntuación media fue de 10, lo que indica una depresión moderada. *Hubo un cambio medio en la puntuación desde el inicio hasta el final del tratamiento de 8 puntos (44% de disminución), lo que indica que hubo una mejora en los síntomas depresivos al final del curso del tratamiento EMT.*

Figura 37. Resumen de puntuaciones promedio de PHQ-9 para clientes del EMT móvil (n = 16)



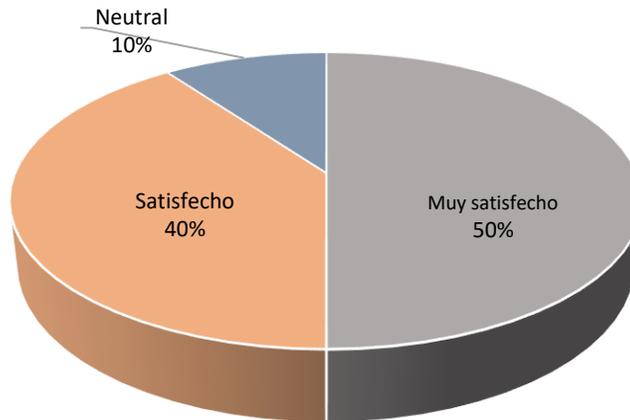
Encuesta de Satisfacción a Clientes EMT

La encuesta de satisfacción del cliente de EMT fue desarrollada por LACDMH y fue completada por los clientes que finalizaron un curso de tratamiento de EMT. La Encuesta de Satisfacción del Cliente incluye 11 elementos que evalúan la satisfacción con varios aspectos del tratamiento de EMT y el impacto de la EMT en el bienestar y funcionamiento general del cliente.

Satisfacción General [Gráfico 1]:

En general, la mayoría (90%) de los encuestados estaban "Muy satisfechos" o "Satisfechos" con su experiencia de EMT, lo que supone un aumento del 17% desde el 1 de diciembre de 2019. Ninguno de los clientes estaba insatisfecho con su experiencia de EMT.

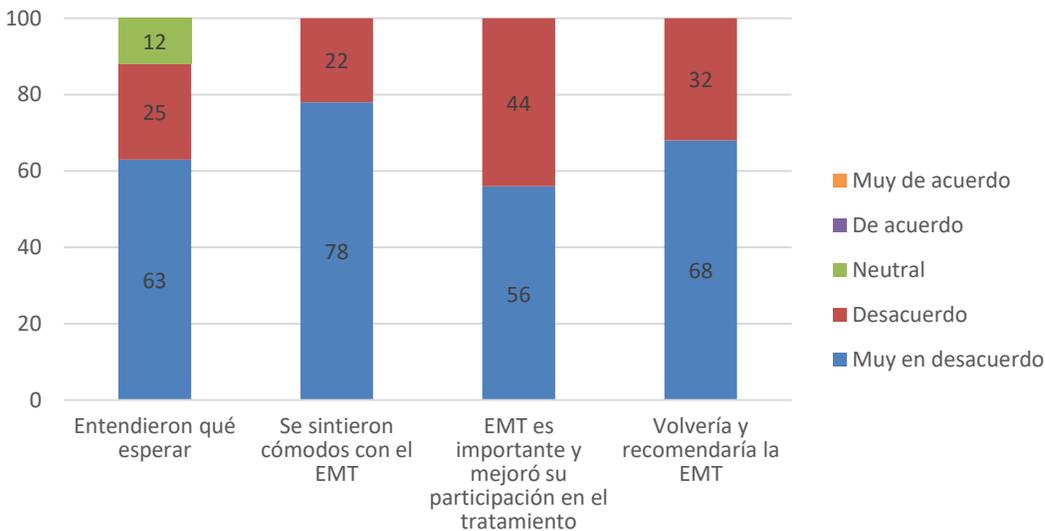
Figura 38. Satisfacción general con servicios de EMT Móvil (n = 10)



Experiencia del Tratamiento EMT [Gráfico 2]:

La mayoría de los encuestados (88%) estuvieron "Muy de acuerdo" o "De acuerdo" con que entendieron lo que debían esperar antes de comenzar el tratamiento de EMT. Todos los encuestados (100%) estuvieron "muy de acuerdo" o "de acuerdo" en que se sintieron cómodos mientras recibían los servicios de EMT. Además, todos los encuestados (100%) estuvieron "Muy de acuerdo" o "De acuerdo" en que los servicios de EMT han sido una parte importante de su tratamiento y que los servicios de EMT han mejorado su participación en el tratamiento. Por último, todos los encuestados (100%) estuvieron "muy de acuerdo" o "de acuerdo" en que volverían a recibir más tratamientos de EMT en el futuro si así lo recomendara su médico y, además, recomendarían la EMT a otras personas si tuvieran depresión.

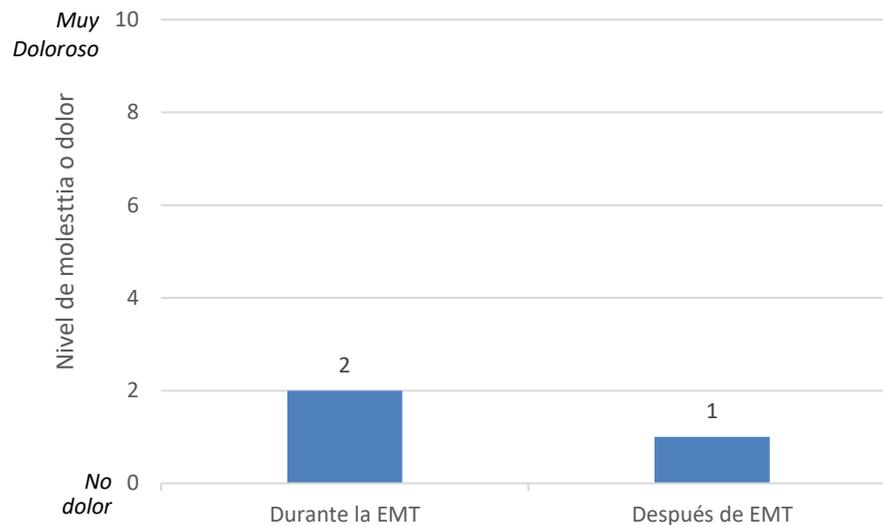
Figura 39. Comentarios sobre la experiencia de EMT Móvil (n = 10)



Nivel de Malestar o Dolor durante y después del Tratamiento de EMT [Gráfico 3]:

Se pidió a los clientes que calificaran su malestar/dolor durante los tratamientos de EMT y después de los tratamientos de EMT en una escala del 1 al 10, en la que el 1 corresponde a "Sin dolor" y la puntuación de 10 corresponde a "Muy doloroso". En promedio, los encuestados sintieron una molestia o dolor leve durante los tratamientos de EMT (2 de 10) y una molestia o dolor menos leve después de los tratamientos de EMT (1 de 10). Los clientes describieron con mayor frecuencia las molestias o dolor como "molestas" y las molestias normalmente disminuyen en el transcurso del tratamiento y se resuelven después del mismo.

Figure 40. Nivel promedio de molestia o dolor durante y después de tratamientos con EMT móvil (n = 8)



Beneficios Percibidos de los Servicios de EMT:

Se preguntó a los clientes (n = 8) cómo creían que se beneficiaban de participar en los servicios de EMT. Como resultado de los servicios de EMT:

- El 60% de los encuestados declaró que se siente más feliz.
- El 50% de los encuestados declaró que se siente menos preocupado o ansioso.
- El 30% de los encuestados declaró que duerme mejor, se siente menos frustrado, tiene más contacto con la familia/amigos, tiene más motivación para participar en actividades significativas y tiene una mayor capacidad para hacer las cosas que quiere hacer.
- El 20% de los encuestados afirma que es capaz de concentrarse mejor, se siente más relajado, tiene más energía y tiene más confianza en sí mismo.
- El 10% de los encuestados afirmaron que, como resultado de los servicios de EMT, comen mejor, sienten menos dolor corporal y se relacionan mejor con la familia/amigos.

Encuesta del Equipo de Tratamiento

Se proporcionó una encuesta a cada uno de los proveedores del equipo de tratamiento del cliente. Se pidió a los proveedores que calificaran su percepción de la mejora de su cliente en cuanto a su estado de ánimo, su comportamiento, su funcionamiento general y su progreso hacia los objetivos del tratamiento como resultado de los servicios de EMT. Un total de 15 encuestas (para 13 clientes) fueron completadas por el personal del equipo de tratamiento (11 psiquiatras, 3 gestores de casos y 1 enfermera registrada).

- La mayoría (60%) de los proveedores estuvieron "Muy de acuerdo" o "De acuerdo" en que su cliente demostró mejoras en el estado de ánimo, el comportamiento y el funcionamiento general (familiar, comunitario, ocupacional) como resultado del servicio de EMT [Gráfico 4].
- La mayoría de los proveedores (53%) estuvieron "Muy de acuerdo" o "De acuerdo" en que su cliente progresó hacia sus objetivos de tratamiento como resultado de los servicios de EMT [Gráfico 5].

Figura 41. Percepción del Proveedor sobre el Impacto de la EMT - Servicios en el Ánimo, Comportamiento y Funcionamiento General del Cliente (n = 15)

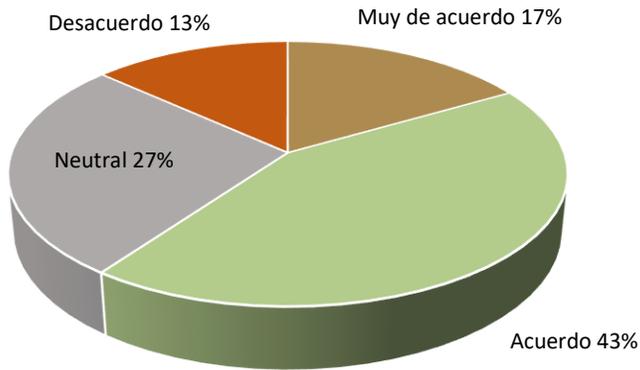
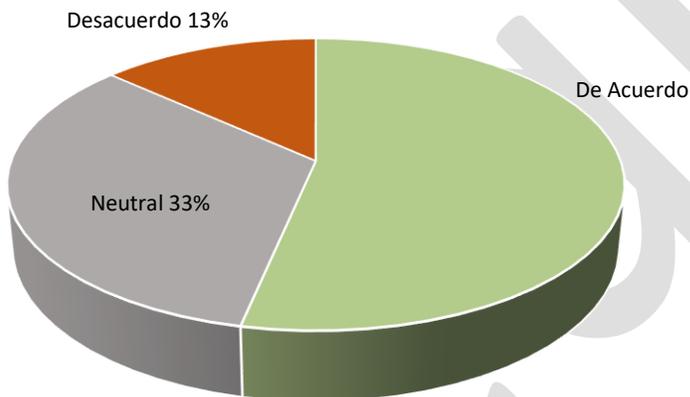


Figura 42. Percepción del Proveedor sobre el Impacto de la EMT – Servicios en el Progreso del Cliente hacia sus Objetivos de Tratamiento (n = 15)



D. INN 5: Asociación de Servicio Completo de Especialistas en Apoyo de Compañeros (Peer Support Specialist, PeerSS)

El LACDMH recibió la aprobación del MHSOAC el 26 de abril de 2018 para implementar 2 equipos compuestos principalmente por especialistas en apoyo de compañeros para proporcionar servicios de nivel FSP. PeerSS FIRST utilizará un equipo compuesto principalmente por individuos con experiencia personal como consumidores de salud mental o miembros de familia, apoyados por personal clínico, para proporcionar servicios intensivos basados en el campo a individuos con múltiples desafíos, incluyendo la involucración de la justicia. Dos PeerSS FIRST contratados atenderán los casos de 50 personas cada uno. Cada PeerSS FIRST proporcionará una gama completa de servicios de salud mental que van desde el apoyo de los compañeros hasta la gestión de medicamentos, así como una cobertura de guardia de 24 horas.

El éxito de la implantación de PeerSS FIRST ampliará el papel de los compañeros, que pasarán de ser un proveedor de servicios adjunto o de apoyo a ser un miembro destacado del equipo de tratamiento y el contacto principal para todos los beneficiarios de los servicios. PeerSS FIRST demostrará la eficacia del personal de pares y de los servicios basados en pares.

Estado de la implementación a partir del 1 de diciembre de 2020
Debido a la COVID-19, la implementación del programa se ha retrasado.

E. INN 7: Transporte Terapéutico (Therapeutic Transportation, TT)

Los objetivos generales del Proyecto Piloto de Transporte Terapéutico - INN 7 son: (1) aumentar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud mental a las personas que llaman en crisis; (2) descomprimir las salas de urgencia; (3) disminuir el uso de los recursos del Departamento de Bomberos de Los Ángeles (Los Angeles Fire Department, LAFD) para atender cuestiones de salud mental; y (4) aprovechar las asociaciones para desarrollar un enfoque impulsado por la comunidad hacia la mejora de los resultados para las personas que experimentan una crisis de salud mental.

LACDMH ha desarrollado una colaboración con el LAFD de la ciudad de Los Ángeles para implementar INN 7. La ciudad calcula que hay decenas de miles de llamadas de emergencia al año a sus centros de policía y de bomberos que implican a personas que sufren una crisis de salud mental. Los Técnicos de Emergencias Médicas (Emergency medical technician, EMT) y paramédicos del LAFD no tienen la formación ni la experiencia para tratar las crisis de salud mental y, a su vez, necesitan el apoyo de LACDMH para proporcionar una operación de respuesta de campo de salud mental.

En la actualidad, LACDMH deriva las crisis de salud mental a través de su línea directa ACCESS y despliega el Equipo Móvil de Respuesta a Emergencias Psiquiátricas (Psychiatric Mobile Response Team, PMRT). El PMRT cuenta con personal clínico licenciado, que tiene autoridad legal según las Secciones 5150 y 5585 del Código de Bienestar e Instituciones, para iniciar solicitudes de evaluación de detención involuntaria de individuos que se determina que están en riesgo de dañarse a sí mismos o a otros debido a un trastorno de salud mental. Si el transporte es necesario para un individuo, el personal de PMRT utiliza la línea directa de ACCESS para solicitar una ambulancia para transportar al individuo.

Sin embargo, para las llamadas de emergencia de salud mental de la ciudad, el PMRT no es contactado para proporcionar servicios de crisis de salud mental en el sitio o para organizar una ambulancia para los individuos ya que el PMRT sólo responde a las llamadas de la comunidad. Para ampliar el papel de PMRT para ayudar con las llamadas de emergencia de salud mental de la Ciudad, INN 7 permitirá a PMRT trabajar en conjunto con LAFD para evaluar y tratar a las personas con crisis de salud mental a través del Sistema de Despacho de Niveles de LAFD y la colocación de equipos de LACDMH y personal de PMRT en cinco estaciones de bomberos seleccionadas. Las estaciones de bomberos fueron identificadas en base a su carga de llamadas de emergencia de salud mental, la proximidad a un centro de atención de urgencia de salud mental, y la inclusión dentro de los Distritos de Supervisión del Condado. Cada equipo de LACDMH cuenta con tres empleados: Especialista en apoyo de compañeros, técnico psiquiátrico con licencia y conductor clínico.

F. INN 8: Red de aprendizaje de atención médica para la psicosis temprana

LACDMH recibió la aprobación del MHSOAC para este proyecto entre condados de 5 años el 17 de diciembre de 2018. La Red de Aprendizaje de Atención Médica para la Psicosis Temprana (Early Psychosis Learning Healthcare Network, LHCN) permitirá que los condados que utilizan una variedad de modelos de atención especializada coordinada para tratar la psicosis temprana recopilen datos de resultados comunes, puedan utilizarlos para informar el tratamiento y participen en el aprendizaje entre condados informado por los datos de resultados. Los objetivos de la Evaluación Estatal de Psicosis Temprana y de la LHCN son aumentar la calidad de los servicios de salud mental, incluyendo resultados medibles, e introducir una práctica o enfoque de salud mental que sea nuevo en el sistema general de salud mental.

Uno de los modelos de atención especializada coordinada para la psicosis temprana de LACDMH es el programa de Identificación e Intervención Temprana de Portland (Portland Identification and Early Intervention, PIER) para identificar y tratar de manera integral a individuos de 12 a 25 años de edad que están en alto riesgo clínico de psicosis (prodrómico) o que han experimentado su primer episodio psicótico. Cinco equipos de contratistas han sido capacitados en el Modelo PIER a partir de diciembre de 2019 y comenzaron el alcance comunitario y el servicio directo en enero de 2020. A partir del 11 de noviembre de 2020, hay 35 clientes inscritos en cinco clínicas en todo el condado de Los Ángeles.

Estado de la implementación a 1 de diciembre de 2020

LACDMH celebró un contrato con UC Davis para ejecutar este proyecto a partir del 1 de julio de 2020. Desde entonces, se han completado los productos a entregar en las siguientes áreas.

Aprobación del Comité de Investigación de Sujetos Humanos

El Comité de Investigación de Sujetos Humanos (Human Subjects Research Committee, HSRC) de LACDMH aprobó el proyecto LHCN el 23 de abril de 2020. LACDMH requiere una revisión de la solicitud, los documentos de consentimiento, los materiales de reclutamiento, la evidencia de las calificaciones del investigador principal, los documentos de la Junta de Revisión Institucional de registro (UC Davis, en este caso), incluyendo la solicitud y la carta de aprobación, y el juramento de los acuerdos de confidencialidad con LACDMH. La revisión del HSRC también incluye la revisión por parte de los funcionarios de seguridad y privacidad de datos del LACDMH. Una enmienda al protocolo del estudio fue aprobada el 16 de julio de 2020 debido a la necesidad de completar los Grupos de Enfoque a distancia en respuesta a COVID-19, para actualizar los formularios de consentimiento y así reflejar este cambio y también para actualizar el personal de investigación.

Establecimiento del Comité Asesor y Reuniones Trimestrales entre Condados

A las reuniones del Comité Asesor asistieron un representante del condado de cada condado participante, un representante de cada programa de PE participante y hasta 5 defensores de compañeros y 5 de familias que están asociados con los programas participantes. Este Comité está codirigido por Bonnie Hotz, defensora de las familias del condado de Sacramento. La primera reunión del Comité Asesor se celebró el 8 de mayo de 2020, con una reunión de seguimiento el 7 de julio de 2020. El comité recibió información actualizada sobre el progreso de los datos cualitativos y los componentes de datos del condado. El reclutamiento de miembros adicionales para el próximo Comité Asesor programado para el 11 de diciembre de 2020 está en curso.

Se desarrollaron reuniones trimestrales entre condados para discutir temas relacionados con la LHCN como grupo y para fomentar el aprendizaje entre condados durante el período del proyecto. La primera reunión tuvo lugar el 31 de agosto de 2020. Esta reunión se celebró con los líderes de los condados para discutir los temas relacionados con el proyecto LHCN. La segunda reunión también incluyó al personal del programa y se celebró el 16 de noviembre de 2020. Se discutieron los resultados de los cuestionarios previos a la implementación (ver adelante).

Grupos de Discusión - Dominio de Resultados y Selección de Medidas de Resultados

Se realizaron grupos de discusión remotos que incluyeron a las partes interesadas de LACDMH el 8/26/2020 (proveedor), el 8/26/20 (cliente individual) y el 8/31/20 (familia) para determinar qué medidas de resultados de la psicosis temprana deberían incorporarse al tablero de la aplicación web y de la tableta. Los resultados se discuten en la sección de Datos de Resultados más adelante.

Grupos de Discusión - Estructura de la aplicación

UC Davis ejecutó un subcontrato con Quorum Technologies para modificar el software MOBI existente de UC Davis para desarrollar la plataforma y la aplicación LHCN. Esta aplicación se utilizará para recopilar los datos de los resultados de los clientes que, a su vez, los médicos pueden utilizar con los clientes y acceder a los resultados de cada uno. Quorum Technologies ha desarrollado dos aplicaciones con fines de investigación para la UC Davis y se especializa en el desarrollo de aplicaciones de atención sanitaria.

El 25 de agosto de 2020 (proveedor) y el 28 de agosto de 2020 (cliente y familia) se celebraron grupos de discusión a distancia que incluían a las partes interesadas de LACDMH. A los participantes se les presentaron varios aspectos del diseño de la aplicación, que permite a los participantes una visualización del aspecto, la sensación y la funcionalidad de la aplicación antes del desarrollo de la misma. Las presentaciones se adaptaron a las funciones de los miembros del grupo de discusión, como el cliente, los proveedores, el administrador de la clínica y los familiares. Los participantes dieron su opinión sobre el aspecto de la aplicación, su integración en el flujo de trabajo de la clínica y su facilidad de uso. Los comentarios se transmitieron a los desarrolladores de la aplicación y se integraron equilibrando las necesidades de los clientes y las familias con las de los proveedores y el personal.

También se pidió a las partes interesadas del condado que dieran su opinión sobre cómo adaptar los componentes de recogida y visualización de datos de la aplicación para su uso en telemedicina. Varios participantes del personal coincidieron en que lo ideal sería una opción de recopilación de datos a distancia que permitiera a los clientes completar las encuestas desde casa. Los clientes y las familias estuvieron de acuerdo y se dividieron en cuanto a su preferencia por una aplicación móvil o un enlace personalizado que pudiera ser enviado por correo electrónico o por mensaje de texto por su proveedor. Los clientes y las familias dijeron que preferirían consultar sus datos con su proveedor y que no necesariamente querrían tener acceso individual para ver sus resultados desde casa.

Desarrollo de la Aplicación - Prueba Alfa

El 18 de septiembre de 2020, Quorum entregó a UC Davis una versión alfa de las aplicaciones web y para tabletas. Las pruebas alfa se centraron en características específicas y no incluyeron todas las características planificadas de la aplicación. Características como el registro de usuarios, el inicio de sesión o check-in o los diferentes tipos de usuario, la creación de grupos y clínicas, la creación de encuestas y paquetes de encuestas, la visualización de las respuestas de las encuestas y las páginas que verá el cliente, y la finalización de las encuestas. El objetivo de las pruebas alfa era identificar errores y áreas que pudieran requerir trabajo adicional antes de la puesta en marcha de la aplicación. Las pruebas fueron realizadas por siete miembros del personal de EPI-CAL, incluidos investigadores de UC Davis y UC San Diego. Aunque el personal pudo probar la aplicación para tabletas en dispositivos personales, un retraso en la disponibilidad de la aplicación en la "App Store Connect" de Apple retrasó las pruebas en los dispositivos del sistema sanitario de UC Davis. Los próximos pasos incluyen probar la aplicación en un entorno clínico. Los clientes y proveedores de las clínicas SacEDAPT y EDAPT introducirán los datos de prueba una vez que la aplicación se añada a los dispositivos. Los comentarios de los clientes y proveedores que hayan introducido datos de prueba se incorporarán a medida que los desarrolladores creen la versión beta de la aplicación.

Cuestionarios Previos a la Implementación con Proveedores

En todos los condados participantes, 140 participantes, entre los que se encontraban dirigentes de programas, personal de tratamiento y no de tratamiento y proveedores que dieron su consentimiento para la investigación, completaron cuestionarios de referencia previos a la implementación. De esos participantes, otros 110 completaron encuestas específicas para los puestos de liderazgo, los proveedores de tratamiento y el personal no relacionado con el tratamiento. Los cuestionarios midieron la preparación organizativa para el cambio, las actitudes y creencias sobre la tecnología, las características del personal en relación con las actitudes hacia la recuperación y el estigma, las prácticas basadas en la evidencia, el enfoque de la atención al cliente y la nueva información, y la evaluación del agotamiento y la fatiga por compasión. Durante la reunión trimestral de varios condados en noviembre de 2020, se decidió que los resultados individuales de los condados se revisarían con los líderes de los condados y las clínicas primero durante diciembre de 2020 y enero de 2021 para hacer planes adecuados para presentar al personal.

Número de clientes atendidos para el año fiscal 2019-20 (cuando corresponda):

N/A - No se atendieron clientes durante el AF 2019-20 ya que el contrato con UC Davis no comenzó hasta el 1 de julio de 2020.

Datos de resultados que se están recopilando y cualquier análisis de impacto hasta la fecha Datos cualitativos - Dominio de resultados y selección de medidas de resultados

Se pidió a los Grupos de Discusión que seleccionaran los dominios en los que sería más importante centrarse a la hora de medir los resultados en los clientes que reciben tratamiento para la psicosis temprana. Se pidió a los participantes que seleccionaran los ámbitos que consideraban importantes antes y después del debate. Las figuras 43 y 44 muestran el acuerdo en las respuestas de todos los miembros del grupo de enfoque dividido por función. Las figuras 45 y 46 incluyen un desglose más detallado de clientes y familiares. Todas las figuras incluyen datos de todos los condados y clínicas, incluido el condado de Los Ángeles, y fueron preparadas por el personal de UC Davis.

Los grupos de enfoque de otros condados y programas universitarios se inclinaron por la medición de los resultados relativos al funcionamiento, la calidad de vida y bienestar, la recuperación y los síntomas psiquiátricos. Se discutió la utilidad y la aplicabilidad de varias medidas. También se discutió la redacción adecuada y el impacto familiar (frente a la carga familiar), junto con una preferencia general por los elementos de autoinforme en muchos ámbitos y la inclusión de la cognición social en las medidas cognitivas. Los grupos de debate de LACDMH también tuvieron la oportunidad de votar sobre los dominios de resultados que consideraban más importantes y la mayoría de los datos se alinearon con los grupos de discusión anteriores (Figuras 43 y 44). Los investigadores pidieron a los proveedores contratados y al personal de LACDMH que centraran su debate en los temas relacionados con la hospitalización, el encarcelamiento o su reincidencia, y la falta de vivienda para proporcionar información más profunda sobre estos dominios de resultados.

Los proveedores y el personal consideraron que los datos de hospitalización para medir el inicio de la enfermedad y la ausencia de hospitalización eran un indicador de un resultado positivo. El autoinforme de la hospitalización se consideraba una forma precisa de recopilar estos datos y los médicos exploraban detalles clínicos adicionales si era necesario. En cuanto al encarcelamiento, a veces el contacto legal se convertía en una vía para la atención, mientras que, en otros casos, podía ser un factor de estrés que conducía a un empeoramiento de los síntomas. Los proveedores estuvieron de acuerdo en que capturar el contacto legal sería más útil frente a la cantidad de arrestos o de libertad condicional como predictor de futuros contactos legales, y eran más comunes en la población con psicosis temprana. Además, medir el contacto con la policía escolar que a menudo no se registra, así como registrar el absentismo escolar que podría llevar a una acción legal, serían áreas importantes a medir. A la hora de hablar de las personas sin hogar, se prefirieron los ejemplos específicos frente a las preguntas generales sobre las personas sin hogar. Los participantes no consideraron que la falta de vivienda fuera una preocupación muy frecuente, pero consideraron que las preguntas específicas seguían siendo importantes, ya que una vivienda inadecuada puede causar estrés adicional.

Los consumidores de LACDMH que participaron en una entrevista individual votaron y discutieron los resultados de una manera consistente con los grupos anteriores. También destacaron la importancia de la toma de decisiones compartida y de un mayor contacto con la clínica. El consumidor también habló sobre el encarcelamiento, pero consideró que era un problema más global que uno al que se enfrenta la población con psicosis temprana, aunque puede empeorar el bienestar en esta población. El consumidor compartió que un factor de riesgo para la falta de hogar también puede estar relacionado con "pensamientos de huida" que son el resultado de los síntomas.

En los grupos de discusión de familias, los participantes consideraron que el seguimiento de las interacciones legales, así como los tipos de interacciones, eran importantes, pero consideraron que el consumidor puede necesitar que un miembro de la familia o un clínico le ayude a rellenar estas preguntas. Los participantes familiares consideraron que la falta de hogar era una cuestión importante, especialmente cuando las familias luchan por resolver cuestiones como la agresión en el hogar (Figuras 45 y 46).

Figura 43. Prioridades por rol previas a la discusión

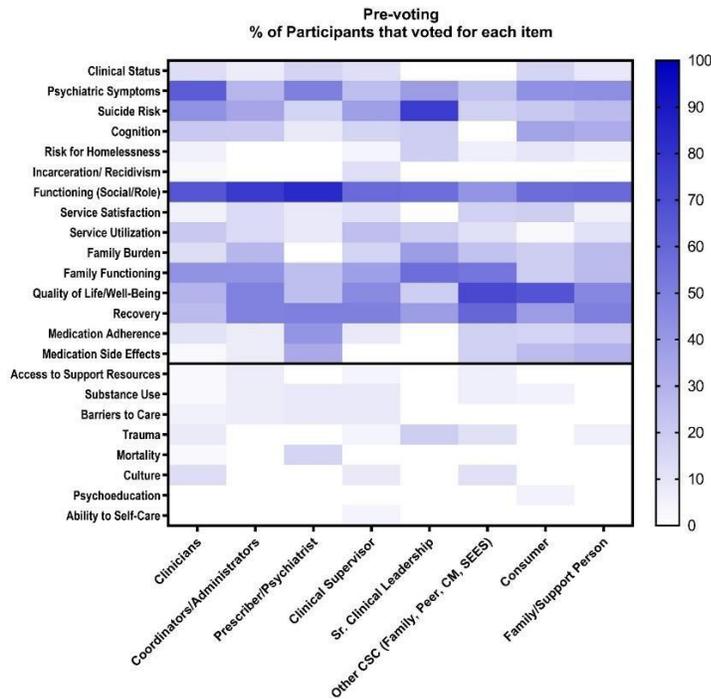


Figura 44. Prioridades por rol posteriores a la discusión

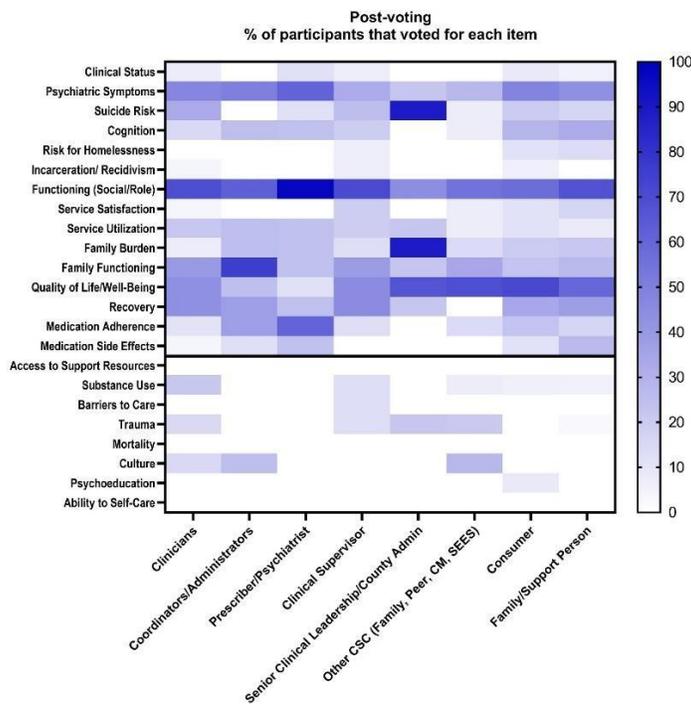


Figura 45. Votación previa de las familias y consumidores

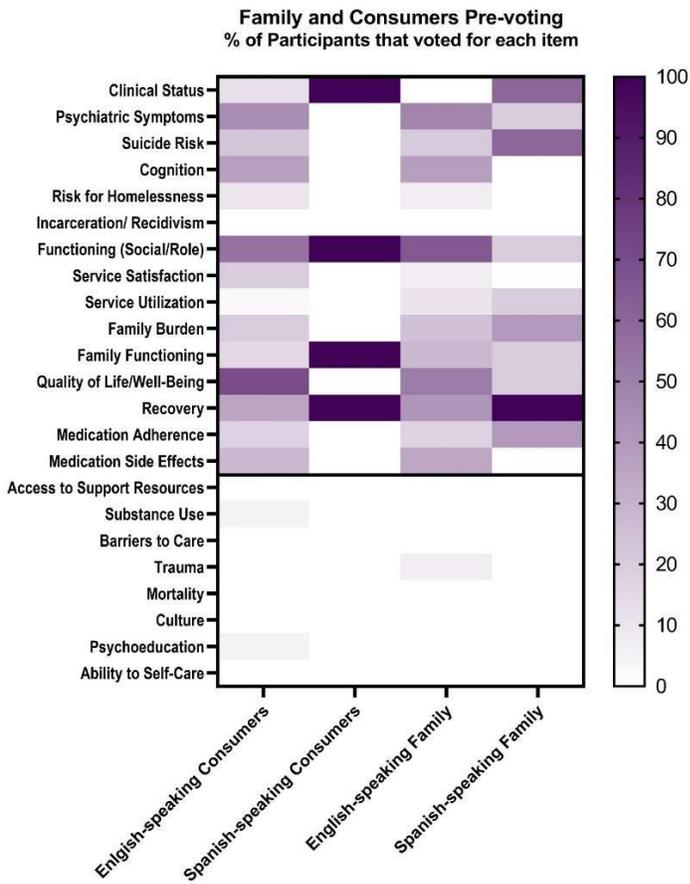
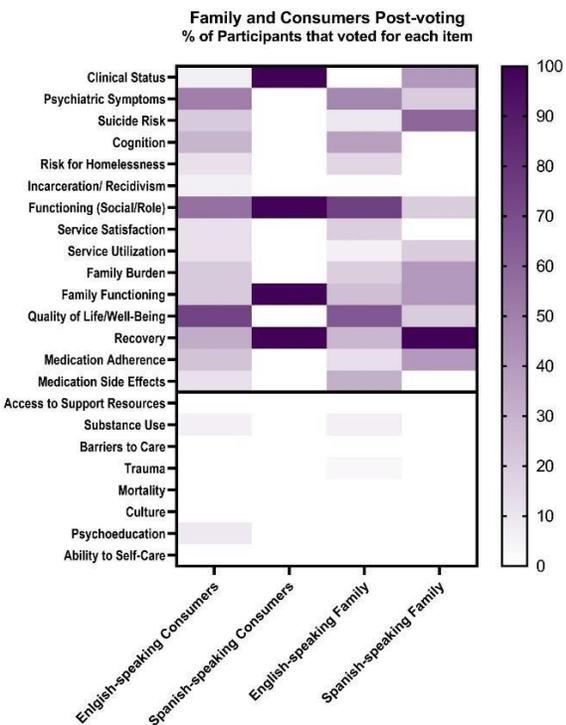


Figura 46. Votación posterior de las familias y consumidores



Bibliografía

Niendam et al., 2020. *Deliverable 1: Summary report of the activities of the LHCN submitted August 31st, 2020*. Prepared by University of California, Davis, San Francisco and San Diego.

Niendam et al., 2020. *Deliverable 2: Summary report of the activities of the LHCN submitted October 1st, 2020*. Prepared by University of California, Davis, San Francisco and San Diego.

Niendam et al., 2020. *Deliverable 3: Summary Report of the Activities of the LHCN submitted October 31st, 2020*. Prepared by University of California, Davis, San Francisco and San Diego.

Niendam et al., 2020. *FY 2019/20 Annual Innovation Report: Early Psychosis Learning Health Care Network*. Pending submission. Prepared by UC Davis, San Francisco and San Diego.

■ INNOVACIÓN	
AF previo 2019-20	AF previo 2018-19
\$21,3 millones Gastos brutos totales	\$14,7 millones Gastos brutos totales
AF 2021-22	Plan de Tres Años AF 2021-24
\$33,3 millones Gastos brutos estimados	\$70,5 millones Gastos brutos estimados

No incluye costos administrativos del programa

CENTROS CAPITALES Y NECESIDADES TECNOLÓGICAS (CAPITAL FACILITIES AND TECHNOLOGICAL NEEDS, (CFTN))

A. CENTROS CAPITALES

- **Centro de Bienestar y Salud Mental Olive View**
El LACDMH prestará una amplia gama de servicios ambulatorios de apoyo a la salud mental de los usuarios que padezcan una enfermedad mental grave en el Centro de Bienestar y Salud Mental. Este centro será terminado y comenzará a funcionar en el verano de 2021.
- **Centro de Bienestar Familiar The Sheila Kuehl**
El LACDMH se ubicará en el mismo sitio del DPH en este nuevo Centro de Bienestar para prestar servicios en conjunto, como abuso de sustancias, salud mental, salud y embarazo adolescente. Este centro se inauguró en enero de 2019.
- **Centro de Atención de Salud Mental Urgente High Desert (UCC)**
Los UCC brindan acceso rápido las 24 horas del día a servicios de evaluación de salud mental, intervención y apoyo con los medicamentos. Así mismo, colaboran con el Condado para prestar servicios psiquiátricos de emergencia, disminuir las hospitalizaciones innecesarias y, por lo tanto, mejorar el acceso a tratamiento y servicios de salud mental.
- **Programas de Tratamiento Residencial por Crisis LAC+USC, Olive View y Rancho (CRTPs)**
Los CRTP brindan una alternativa a corto plazo a la hospitalización, con el fin de atender las necesidades de salud mental. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades inmediatas y mejorar el nivel de funcionalidad de los usuarios, para que así puedan volver a un entorno de tratamiento menos intensivo mediante una coordinación de la atención y una planificación del alta. Los residentes participan en el desarrollo de planes individualizados orientados a su recuperación que promuevan el objetivo de ser autosuficientes e ingresar a una vivienda de apoyo permanente. Se prevé que los CRTP abrirán en el verano de 2021.
- **Aparcamiento del Centro de Salud Mental Downtown**
El LACDMH compró un aparcamiento ubicado en 636 Maple Avenue para su uso por parte del Centro de Salud Mental Downtown. El aparcamiento podrá ser utilizado por los usuarios y el personal departamental. Este aparcamiento se compró en diciembre de 2019.

B. NECESIDADES TECNOLÓGICAS

No se registran proyectos tecnológicos financiados por la MHSA durante el ejercicio 2019 y 2020.

■ CENTROS CAPITALES Y NECESIDADES TECNOLÓGICAS	
Ejercicio 2019-2020	Ejercicio 2019-2020
\$17 millones Total de gastos brutos	\$17 millones Total de gastos brutos
Ejercicio 2021-2022	Ejercicio 2021-2022
\$30,7 millones Gastos brutos aproximados	\$30,7 millones Gastos brutos aproximados

No se incluyen los costos de administración del programa

ANEXOS

ANEXO A – RESUMEN DE FINANCIAMIENTO

**FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Funding Summary**

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	MHSA Funding					
	A	B	C	D	E	F
	Community Services and Supports	Prevention and Early Intervention	Innovation	Workforce Education and Training	Capital Facilities and Technological Needs	Prudent Reserve
A. Estimated FY 2021/22 Funding						
1. Estimated Unspent Funds from Prior Fiscal Years	304,239,767	193,176,692	167,000,000	13,500,000	17,278,597	116,483,541
2. Estimated New FY2021/22 Funding	427,920,280	107,005,070	28,152,480			
3. Transfer in FY2021/22 ^{a/}	(33,935,958)			20,431,958	13,504,000	
4. Access Local Prudent Reserve in FY 2021/22						-
5. Estimated Available Funding for FY2021/22	698,224,090	300,181,762	195,152,480	33,931,958	30,782,597	
B. Estimated FY2021/22 MHSA Expenditures	445,147,396	139,863,897	37,990,702	20,431,958	30,653,597	
C. Estimated FY2022/23 Funding						
1. Estimated Unspent Funds from Prior Fiscal Years	253,076,694	160,317,865	157,161,778	13,500,000	129,000	
2. Estimated New FY2022/23 Funding	346,920,790	86,698,140	22,814,620			
3. Transfer in FY2022/23 ^{a/}	(20,431,958)			20,431,958		
4. Access Local Prudent Reserve in FY2022/23						0
5. Estimated Available Funding for FY 2022/23	579,565,526	247,016,005	179,976,398	33,931,958	129,000	
D. Estimated FY2022/23 Expenditures	461,472,261	125,349,381	30,147,274	20,431,958	0	
E. Estimated FY2023/24 Funding						
1. Estimated Unspent Funds from Prior Fiscal Years	118,093,265	121,666,624	149,829,124	13,500,000	129,000	
2. Estimated New FY2023/24 Funding	387,400,000	96,900,000	25,500,000			
3. Transfer in FY2023/24 ^{a/}	(20,431,958)			20,431,958		
4. Access Local Prudent Reserve in FY2023/24						0
5. Estimated Available Funding for FY2023/24	485,061,308	218,566,624	175,329,124	33,931,958	129,000	
F. Estimated FY2023/24 Expenditures	480,751,247	103,530,954	13,655,165	20,431,958	0	
G. Estimated FY2023/24 Unspent Fund Balance	4,310,061	115,035,670	161,673,959	13,500,000	129,000	

H. Estimated Local Prudent Reserve Balance	
1. Estimated Local Prudent Reserve Balance on June 30, 2021	116,483,541
2. Contributions to the Local Prudent Reserve in FY 2021/22	0
3. Distributions from the Local Prudent Reserve in FY 2021/22	0
4. Estimated Local Prudent Reserve Balance on June 30, 2022	116,483,541
5. Contributions to the Local Prudent Reserve in FY 2022/23	0
6. Distributions from the Local Prudent Reserve in FY 2022/23	0
7. Estimated Local Prudent Reserve Balance on June 30, 2023	116,483,541
8. Contributions to the Local Prudent Reserve in FY 2023/24	0
9. Distributions from the Local Prudent Reserve in FY 2023/24	0
10. Estimated Local Prudent Reserve Balance on June 30, 2024	116,483,541

^{a/} Pursuant to Welfare and Institutions Code Section 5892(b), Counties may use a portion of their CSS funds for WET, CFTN, and the Local Prudent Reserve. The total amount of CSS funding used for this purpose shall not exceed 20% of the total average amount of funds allocated to that County for the previous five years.

FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Community Services and Supports (CSS) Component Worksheet

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	Fiscal Year 2021/22					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CSS Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CSS Programs						
1. Full Service Partnerships	290,807,563	90,100,560	152,256,387		41,901,508	6,549,108
2. Outpatient Care Services	614,163,329	157,929,082	346,732,686		85,329,724	24,171,837
3. Alternative Crisis Services	133,478,852	95,486,564	34,240,856		1,454,987	2,296,246
4. Planning Outreach & Engagement	6,826,874	6,686,818	133,668		0	6,388
5. Linkage Services	27,062,740	21,707,756	4,935,466		34,499	385,018
6. Housing	35,431,191	35,431,191	0		0	0
CSS Administration	37,805,425	37,805,425	0		0	
CSS MHA Housing Program Assigned Funds						
Total CSS Program Estimated Expenditures	1,145,575,774	445,147,398	538,299,063	0	128,720,718	33,408,597

	Fiscal Year 2022/23					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CSS Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CSS Programs						
1. Full Service Partnerships	302,391,232	92,139,133	159,322,013		44,053,524	6,876,563
2. Outpatient Care Services	636,564,407	165,362,448	356,282,260		89,539,270	25,380,429
3. Alternative Crisis Services	139,819,715	100,281,570	35,599,350		1,527,736	2,411,058
4. Planning Outreach & Engagement	7,108,451	6,965,109	136,634		0	6,707
5. Linkage Services	28,322,985	22,785,324	5,097,168		36,224	404,269
6. Housing	35,073,361	35,073,361	0		0	0
CSS Administration	38,865,316	38,865,316	0		0	
CSS MHA Housing Program Assigned Funds						
Total CSS Program Estimated Expenditures	1,188,145,468	461,472,261	556,437,426	0	135,156,754	35,079,027

	Fiscal Year 2023/24					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CSS Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CSS Programs						
1. Full Service Partnerships	317,007,103	96,242,399	167,288,113		46,256,200	7,220,391
2. Outpatient Care Services	668,132,522	173,370,465	374,096,373		94,016,234	26,649,451
3. Alternative Crisis Services	146,477,830	104,962,778	37,379,318		1,604,123	2,531,611
4. Planning Outreach & Engagement	7,404,107	7,253,598	143,466		0	7,043
5. Linkage Services	29,646,244	23,831,700	5,352,027		38,035	424,482
6. Housing	35,133,304	35,133,304	0		0	0
CSS Administration	39,957,003	39,957,003	0		0	
CSS MHA Housing Program Assigned Funds						
Total CSS Program Estimated Expenditures	1,243,758,114	480,751,247	584,259,297	0	141,914,592	36,832,978

FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Prevention and Early Intervention (PEI) Component Worksheet

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	Fiscal Year 2021/22					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated PEI Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
PEI Programs						
1. SUICIDE PREVENTION	23,302,998	23,302,998				
2. STIGMA DISCRIMINATION REDUCTION PROGRAM	366,250	366,250				
3. PREVENTION	63,313,868	63,313,868				
4. EARLY INTERVENTION	194,496,387	39,279,868	98,639,744		52,947,818	3,628,958
PEI Administration	13,600,914	13,600,914				
Total PEI Program Estimated Expenditures	295,080,417	139,863,897	98,639,744	0	52,947,818	3,628,958

	Fiscal Year 2022/23					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated PEI Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
PEI Programs						
1. SUICIDE PREVENTION	22,302,998	22,302,998				
2. STIGMA DISCRIMINATION REDUCTION PROGRAM	366,250	366,250				
3. PREVENTION	51,933,815	51,933,815				
4. EARLY INTERVENTION	198,997,562	36,402,740	103,189,208		55,595,209	3,810,405
PEI Administration	14,343,578	14,343,578				
Total PEI Program Estimated Expenditures	287,944,203	125,349,381	103,189,208	0	55,595,209	3,810,405

	Fiscal Year 2023/24					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated PEI Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
PEI Programs						
1. SUICIDE PREVENTION	5,302,998	5,302,998				
2. STIGMA DISCRIMINATION REDUCTION PROGRAM	366,250	366,250				
3. PREVENTION	47,626,940	47,626,940				
4. EARLY INTERVENTION	208,882,751	38,158,188	108,348,668		58,374,969	4,000,926
PEI Administration	12,076,578	12,076,578				
Total PEI Program Estimated Expenditures	274,255,517	103,530,954	108,348,668	0	58,374,969	4,000,926

FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Workforce, Education and Training (WET) Component Worksheet

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	Fiscal Year 2021/22					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated WET Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
WET Programs						
1. Training and Technical Assistance	7,915,501	7,915,501				
2. Mental Health Career Pathway	1,260,000	1,260,000				
3. Financial Incentive	6,936,684	6,936,684				
4. Residency	2,907,394	2,907,394				
WET Administration	1,412,379	1,412,379				
Total WET Program Estimated Expenditures	20,431,958	20,431,958	0	0	0	0

	Fiscal Year 2022/23					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated WET Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
WET Programs						
1. Training and Technical Assistance	7,915,501	7,915,501				
2. Mental Health Career Pathway	1,260,000	1,260,000				
3. Financial Incentive	6,936,684	6,936,684				
4. Residency	2,907,394	2,907,394				
WET Administration	1,412,379	1,412,379				
Total WET Program Estimated Expenditures	20,431,958	20,431,958	0	0	0	0

	Fiscal Year 2023/24					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated WET Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
WET Programs						
1. Training and Technical Assistance	7,915,501	7,915,501				
2. Mental Health Career Pathway	1,260,000	1,260,000				
3. Financial Incentive	6,936,684	6,936,684				
4. Residency	2,907,394	2,907,394				
WET Administration	1,412,379	1,412,379				
Total WET Program Estimated Expenditures	20,431,958	20,431,958	0	0	0	0

FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Innovations (INN) Component Worksheet

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	Fiscal Year 2021/22					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated INN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
INN Programs						
1. Inn # 2 Community Capacity Building	21,700,000	21,700,000				
2. INN # 3 Technology Suite	6,321,028	6,321,028				
3. Inn # 4 Transcranial Magnetic Stimulation Center	1,146,889	1,070,122	71,540			
4. Inn # 7 Therapeutic Transportation	3,387,415	3,387,415				
5. Inn # 8 Early Psychosis Learning Health Care Network	775,137	775,137				
INN Administration	4,737,000	4,737,000				
Total INN Program Estimated Expenditures	38,067,469	37,990,702	71,540	-	-	5,227

	Fiscal Year 2022/23					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated INN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
INN Programs						
1. Inn # 2 Community Capacity Building	14,700,000	14,700,000				
2. INN # 3 Technology Suite	6,321,028	6,321,028				
3. Inn # 4 Transcranial Magnetic Stimulation Center	1,150,727	1,070,122	75,117			
4. Inn # 7 Therapeutic Transportation	3,387,415	3,387,415				
5. Inn # 8 Early Psychosis Learning Health Care Network	492,709	492,709				
INN Administration	4,176,000	4,176,000				
Total INN Program Estimated Expenditures	30,227,879	30,147,274	75,117	0	0	5,488

	Fiscal Year 2023/24					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated INN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
INN Programs						
1. Inn # 2 Community Capacity Building	-	-				
2. INN # 3 Technology Suite	6,321,028	6,321,028				
3. Inn # 4 Transcranial Magnetic Stimulation Center	1,154,757	1,070,122	78,872			
4. Inn # 7 Therapeutic Transportation	3,387,415	3,387,415				
5. Inn # 8 Early Psychosis Learning Health Care Network	252,600	252,600				
INN Administration	2,624,000	2,624,000				
Total INN Program Estimated Expenditures	13,739,800	13,655,165	78,872	0	0	5,763

FY 2021-22 Through FY 2023-24 Three-Year Mental Health Services Act Expenditure Plan
Capital Facilities/Technological Needs (CFTN) Component Worksheet

County: Los Angeles

Date: 3/18/21

	Fiscal Year 2021/22					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CFTN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CFTN Programs - Capital Facilities Projects						
1. Olive View Medi-Cal Center Wellness Ctr	3,393,000	3,393,000				
2. Olive View Medi-UCC	3,224,000	3,224,000				
3. MLK Child and Family Center	715,000	715,000				
4. LAC+USC CRTP	5,747,000	5,747,000				
5. Rancho Los Amigos CRTP	6,546,000	6,546,000				
6. Olive View CRTP	7,178,597	7,178,597				
CFTN Programs - Technological Needs Projects						
7. Modern Call Center	3,500,000	3,500,000				
8.	0					
CFTN Administration	350,000	350,000				
Total CFTN Program Estimated Expenditures	30,653,597	30,653,597	0	0	0	0

	Fiscal Year 2022/23					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CFTN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CFTN Programs - Capital Facilities Projects						
1.	0	0				
2.	0	0				
CFTN Programs - Technological Needs Projects						
3.	0					
4.	0					
CFTN Administration	0	0				
Total CFTN Program Estimated Expenditures	0	0	0	0	0	0

	Fiscal Year 2023/24					
	A	B	C	D	E	F
	Estimated Total Mental Health Expenditures	Estimated CFTN Funding	Estimated Medi-Cal FFP	Estimated 1991 Realignment	Estimated Behavioral Health Subaccount	Estimated Other Funding
CFTN Programs - Capital Facilities Projects						
1.	0					
2.	0					
CFTN Programs - Technological Needs Projects						
3.	0					
4.	0					
CFTN Administration	0	0				
Total CFTN Program Estimated Expenditures	0	0	0	0	0	0

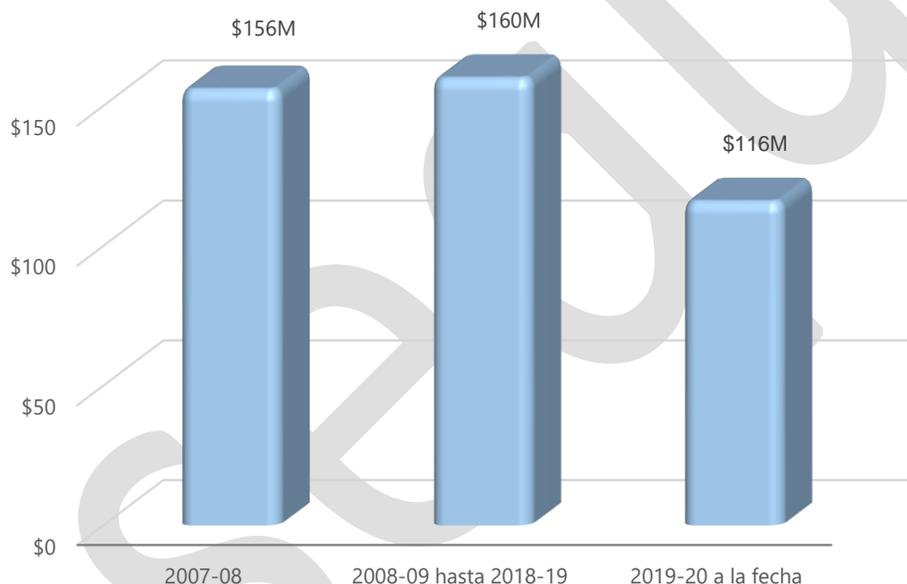
ANEXO B – RESERVA PRUDENTE

La Sección 5847 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code, WIC) exige que los condados establezcan y mantengan una “reserva prudente” (Prudent Reserve, PR) para garantizar que los programas de la MHSA continúen atendiendo a niños, adultos y personas de la tercera edad durante los años en que los ingresos fiscales sean inferiores al promedio reciente. Básicamente, constituye el “fondo de emergencia” de la MHSA.

El acceso a la PR se determinará a nivel estatal, puesto que el Estado calculará el umbral de acceso y divulgará la información antes del inicio del siguiente ejercicio. Los requisitos del nivel de financiación se suspenderán durante el período en que se pueda acceder a la PR.

La PR del Condado de Los Ángeles alcanzó un total de \$116 millones al 30 de junio de 2020. El nivel anterior de la PR fue de \$160 millones tal como se muestra a continuación, pero un nuevo reglamento estableció un máximo de 33 % del monto promedio de la asignación de CSS y, por lo tanto, se transfirieron \$44 millones excedentes del fondo de la PR a los CSS (\$35 millones) y a la PEI (9 millones) durante el ejercicio 2019-2020.

Tabla X. Niveles de PR desde el 2007-2008



ANEXO C - CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA MHSA

Se insertará carta después de que la Junta de Supervisores haya adoptado el plan.

Página dejada en blanco intencionalmente

ANEXO D – CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO FISCAL DE LA MHSA

Se insertará carta después de la audiencia pública.

Página dejada en blanco intencionalmente

ANEXO E – CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD MENTAL

Se insertará carta después de la audiencia pública

Página dejada en blanco intencionalmente

ANEXO F – CARTA Y ACTA ADOPTADAS POR LA JUNTA DE SUPERVISORES DEL CONDADO

Se insertará carta después de la reunión de la junta

Página dejada en blanco intencionalmente

APÉNDICES

APÉNDICE A – MATERIALES DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

[A1] REPRESENTACIÓN DE PARTES DE INTERÉS ANTE SALT Y UsCC (OCT. –NOV. DE 2021) ADJUNTO: CALENDARIO DE REUNIONES E INFORMACIÓN SOBRE LA ENCUESTA (VÉASE LOS DATOS DEL ÁREA DE SERVICIO EN EL APÉNDICE B)

El trauma de la injusticia racial y la presencia permanente del COVID-19 afectan el bienestar mental de cada persona de distintas maneras. Puesto que el Departamento está comprometido con apoyar la igualdad racial en todos nuestros programas y servicios, se solicitó la opinión de la comunidad. Las preguntas de la encuesta también destacan los comentarios necesarios para impulsarnos durante la pandemia. Las opiniones se recibieron a través de esta encuesta, disponible en [inglés](#) y [español](#), y si se necesita otro idioma para contestar la encuesta, es posible ponerse en contacto con PIO@dmh.lacounty.gov.

A finales de 2020, el LACDMH presentó su información de la MHSA correspondiente al ejercicio 2019-2019, como la información demográfica, los servicios prestados y las necesidades de los usuarios específicas a cada área de servicio del Condado (véase el Apéndice B). La información pertinente puede verse en el siguiente enlace: <https://dmh.lacounty.gov/about/mhsa/announcements>.

La evaluación de las necesidades se realizó durante tales reuniones. Se pidió a las partes interesadas que respondieran las siguientes preguntas de la encuesta:

- ¿Cuáles son algunas de las necesidades sin atender del área de servicio (AS) que usted representa?
- ¿De qué manera la pandemia de COVID-19 ha afectado las necesidades sin atender del AS que usted representa?
- ¿Qué propone para que el LACDMH atienda tales necesidades?
- ¿De qué manera los programas de la MHSA del Departamento pueden abordar las problemáticas de desigualdad social?
- ¿Qué puede hacer el LACDMH para mejorar la transición entre los niveles de atención y garantizar el éxito en el flujo de los usuarios por los niveles de atención necesarios?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del LACDHM?

Please Join the Conversation!

Be part of the MHSA planning process.

These monthly meetings are your chance to provide feedback on mental health programs and services, make connections in the community, and be the voice of YourDMH. You can attend meetings in your Service Area (SALTs) or any of the cultural community groups of interest.

For meeting information please visit the DMH Event Calendar dmh.lacounty.gov/events/category/general-event

October 1, 2020	Faith-Based Advocacy Council Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
October 1, 2020	LGBTQIA2-S USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 2, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 8) Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
October 7, 2020	American Indian/Alaskan Native (AI/AN) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 8, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 2) Meeting	9:30 AM – 11:00 AM
October 8, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 3) Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 9, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 7) Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
October 14, 2020	Access for All USCC Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
October 14, 2020	Cultural Competency Committee Meeting	1:30 PM – 3:30 PM
October 15, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 6) Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
October 15, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 4) Meeting	1:30 PM – 3:00 PM
October 15, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 1) Meeting	3:00 PM – 5:00 PM
October 20, 2020	Latino USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 22, 2020	Black and African Heritage USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 26, 2020	Asian Pacific Islander (API) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
October 27, 2020	Service Area Leadership Team (SALT 5) Meeting	3:00 PM – 5:00 PM
October 28, 2020	Eastern European/Middle Eastern (EE/ME) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM



Please Join the Conversation!

Be part of the MHSA planning process.

These monthly meetings are your chance to provide feedback on mental health programs and services, make connections in the community, and be the voice of YourDMH. You can attend meetings in your Service Area (SALTs) or any of the cultural community groups of interest.

For meeting information please visit the DMH Event Calendar dmh.lacounty.gov/events/category/general-event

November 4, 2020	American Indian/Alaskan Native (AI/AN) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
November 5, 2020	LGBTQIA2-S USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
November 12, 2020	Access for All USCC Meeting	10:00 AM – 12:00 PM
November 17, 2020	Latino USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
November 18, 2020	Black and African Heritage USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
November 23, 2020	Asian Pacific Islander (API) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM
November 25, 2020	Eastern European/Middle Eastern (EE/ME) USCC Meeting	2:00 PM – 4:00 PM



[A2] REUNIÓN TRIMESTRAL DEL CLT (12 DE OCTUBRE DE 2020)
ADJUNTO: AGENDA

Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)
 Community Leadership Team – Quarterly Meeting
 Wednesday, October 12, 2020
 1:00 – 3:00 PM

Purpose

To strengthen the collaborative relationship between the Community Leadership Team (CLT) and the DMH Director and key staff to achieve a shared vision.

Objectives

1. Present a milestone calendar that describes key points in the year when DMH gathers information, sets priorities, and establishes a budget.
2. Discuss how DMH can support CLT Co-Chairs so that Service Area Leadership Teams (SALTs), Underserved Cultural Communities (UsCCs), and the Cultural Competency Committee (CCC) can provide timely and relevant information to shape DMH’s priorities and budgeting.
3. Share a general update on CARES Act Funds and DMH’s Ambassadors/Promotoras Program.

Agenda

Time	Item	Outcome – Ideally, participants will...
1:00 (20 min)	1. Meeting Opening a. Welcome & Introductions (15 min) b. Review Agenda (3 min) c. Ground Rules (2 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Know who is present, understand the agenda, and agree to meeting ground rules.
1:20 (40 min)	2. DMH Milestone Calendar a. Presentation (15 min) b. Discussion (25 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Identify key points in the year when DMH gathers information, sets priorities, and creates a budget. • Recognize when CLT information is most relevant and timely to inform DMH priorities and budget.
2:00 (30 min)	3. Co-Chair Support and IT Infrastructure a. Presentation (15 min) b. Discussion (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Share key Co-Chairs’ needs and the critical importance of an IT infrastructure to support community access and participation.
2:40 (20 min)	4. CARES Act Funds and DMH a. Presentation (10 min) b. Discussion (10 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Recognize how CARES Act will be used by DMH and how to access these resources.
2:50 (10 min)	5. Closing Reflections a. Next Steps & Next CLT Meeting b. Brief Closing Reflection	<ul style="list-style-type: none"> • Concretize next steps, including the date for the next CLT meeting. • Share a one-word statement about their meeting experience.
3:00	6. Adjourn	

[A3] REUNIÓN TRIMESTRAL DEL CLT (20 DE ENERO DE 2021)
ADJUNTO: AGENDA

Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)
 Community Leadership Team – Quarterly Meeting
 Wednesday, January 20, 2021
 12:00 – 3:00 PM

Purpose

To strengthen the collaborative relationship between the Community Leadership Team (CLT) and the DMH Director and key staff to achieve a shared vision.

Objectives

1. Present an organizational framework that describes roles, expectations, and best practices for Co-Chairs and DMH staff, obtain feedback, and articulate next steps.
2. Describe the last stage of the MHSa Three-Year Plan planning process and the remaining opportunities for community input.
3. Share a general update from the perspective of the DMH Director, Dr. Jonathan Sherin.

Agenda

Time	Item
12:00 (20 min)	1. Meeting Opening <ol style="list-style-type: none"> a. Welcome & Introductions (15 min) b. Review Agenda (3 min) c. Ground Rules (2 min)
12:20 (75 min)	2. Organizational Framework <ol style="list-style-type: none"> a. Overview (15 min) b. Small Group Dialogue (45 min) c. Large Group Discussion (30 min)
1:35 (10 min)	3. Break
1:45 (30 min)	4. MHSa 3-Year Plan - Planning Process <ol style="list-style-type: none"> a. Presentation (10 min) b. Discussion (20 min)
2:15 (40 min)	5. DMH Director Update and Dialogue <ol style="list-style-type: none"> a. Presentation (15 min) b. Dialogue (25 min)
2:55 (5 min)	6. Closing Reflections <ol style="list-style-type: none"> a. Next Steps & Next CLT Meeting b. Brief Closing Reflection
3:00	7. Adjourn

**[A4] PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRES AÑOS ANTE EL CLT (5 DDE MARZO DE 2021)
 ADJUNTO: AGENDA Y PRESENTACIÓN POWERPOINT**

Esta presentación del plan de tres años correspondiente a los ejercicios 2021-2024 ante los miembros del CLT se enfocó en la identificación y reducción de las disparidades.

LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH MHSA Three-Year Plan Program and Expenditure Plan, FY 2021-2024 Community Leadership Team Feedback Session Friday, March 5, 2021 / 10am-2pm		
OBJECTIVES		
1.	Provide a big-picture view of DMH’s approach to reducing mental health disparities in Los Angeles County through multiple strategies and resources.	
2.	Describe the Community Planning Process (CPP) and present the draft <i>MHSA Plan</i> components (i.e., <i>CSS Plan</i> , <i>PEI Plan</i> , <i>INN Plan</i> , <i>WET Plan</i> , and <i>CF/TN Plan</i>).	
3.	Obtain the Community Leadership Team’s feedback regarding the draft <i>MHSA 3-Year Plan</i> .	
AGENDA		
Item		Time
I. Meeting Opening		
	A. Purpose, Objectives, Meeting Principles	10:00-10:20
	B. Introductions	
II. Big-Picture View: DMH’s Approach to Mental Health Disparities		
	A. Presentation	10:20-11:00
	B. Discussion	
III. MHSA Plan Presentation, Part 1		
	A. CPP	11:00-11:35
	B. CSS Plan	
IV. Break		11:35-11:45
V. MHSA Plan Presentation, Part 2		
	A. PEI Plan	
	B. INN Plan	11:45-12:15
	C. WET Plan	
	D. CF/TN Plan	
VI. Transition		12:15-12:20
VII. Small Group Discussion		
	A. Group A: <i>CSS Plan</i>	12:25-1:00
	B. Group B: <i>PEI Plan, INN Plan, WET Plan, and CF/TN Plan</i>	
VIII. Transition/Break		1:00-1:10
IX. Small Group Discussion		
	A. Group A: <i>PEI Plan, INN Plan, WET Plan, and CF/TN Plan</i>	1:10-1:45
	B. Group B: <i>CSS Plan</i>	
X. Transition		1:45-1:50
XI. Closing Reflections		1:50-2:00
XII. Adjourn		2:00



MHSA THREE-YEAR PROGRAM AND EXPENDITURE PLAN
Fiscal Years 2021-22 through 2023-24

WELLNESS RECOVERY RESILIENCE

Presentation to the Community Leadership Team (CLT)
March 5, 2021



LOS ANGELES COUNTY
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
hope. recovery. wellbeing.

Our mission is to optimize the hope, wellbeing and life trajectory of Los Angeles County's most vulnerable through access to care and resources that promote not only independence and personal recovery, but also connectedness and community reintegration.

1

MHSA THREE-YEAR PROGRAM AND EXPENDITURE PLAN PRESENTATION LAYOUT

<p>01 INTRO AND FOCUS ON DISPARITIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mental Health Services Act and Purpose of Three-Year Plan • Funding Concerns and Opportunities • FY 2019-20 MHSA Direct Services Cost by Ethnicity and Plan • FY 2019-20 CAL-EQRO Performance Measures • Percent Change in Consumers Served in Outpatient Programs by Race over a Four-Year Period • Proposed Actions to Address Racial/Ethnic Mental Health Care Disparities 	<p>02 COMMUNITY PLANNING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community Planning Process <ul style="list-style-type: none"> - Activities and Meeting Dates - Upcoming Important Dates - Stakeholder Engagement 	<p>03 EXISTING MHSA PROGRAMS AND PROPOSED CHANGES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review of Existing Programs and Services by MHSA Component • Proposed Changes <ul style="list-style-type: none"> - Full Service Partnership Redesign - Mental Health Treatment Bed Capacity - Modernization of 24/7 ACCESS Call Center
<p>04 SMALL GROUP DISCUSSIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • What did you like? What questions do you have? • What suggestions do you have? 		

SLIDE # 2

2

MENTAL HEALTH SERVICES ACT AND THE PURPOSE OF THE THREE-YEAR PLAN

- In November 2004, California voters supported Proposition 63 and passed the Mental Health Services Act (MHSA) that imposes a 1% income tax on personal income in excess of \$1 million.
- The Act provides the significant funding to expand, improve and transform public mental health systems to improve the quality of life for individuals living with a mental illness.
- Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures.
- The Plan provides an opportunity for counties to
 - Review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness; and
 - Propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available.
- It is through this Community Planning Process that important feedback is gathered from stakeholders.

SLIDE - 3

3

FUNDING CONCERNS AND OPPORTUNITIES

- Anticipated reductions in MHSA, Sales Tax Realignment, County NCC funding
 - Economic Impact of COVID-19
 - Competing Countywide Initiatives, such as
 - o Alternatives to Incarceration
 - o Justice Reform
 - o Homelessness
 - o Affordable Housing
 - o Healthcare Integration (Restorative Care Villages)
- Potential Funding Opportunities
 - Measure J
 - CARES Act
 - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- Challenges
 - Implementation Delays
 - DMH Infrastructure
 - Statutory and Contractual Limitations

Measure J Funding Proposals
Crisis Facility Care
Mental Health Treatment Beds (Acute, Subacute, Residential and Congregate Care)
Housing for Mental Health
Psychiatric Mobile Response Teams (PMRT)
Therapeutic Transportation
Mental Health Court Linkage
Co-Response Teams
Mental Health Conservatorship
Assisted Outpatient Treatment (AOT)
Outpatient & Community Services – Peer Workforce
Crisis Information Exchange
Individualized Placement and Support (IPS)

SLIDE - 4

4

FOCUS ON DISPARITIES

MHSA Direct Services Costs by Ethnicity and Plan

FY 2019-20 MHSA DIRECT SERVICES COSTS BY ETHNICITY AND PLAN								
MHSA Plan (in millions)	Asian/Pacific Islander	Black/African American	Hispanic	Multiple Races	Native American	Other	White	Total
Full Service Partnership (F&P)	\$8.9 [4%]	\$61.8 [26%]	\$78.1 [33%]	\$8.2 [3%]	\$2.2 [1%]	\$37.4 [16%]	\$43.6 [18%]	\$240.2
Alternative Crisis Services (ACS)	\$3.1 [3%]	\$17.4 [24%]	\$20.0 [28%]	\$3.0 [4%]	\$0.3 [1%]	\$10.5 [15%]	\$17.5 [24%]	\$71.8
Outpatient Care Services (OCS)	\$23.8 [5%]	\$78.3 [17%]	\$174.2 [38%]	\$19.1 [4%]	\$3.5 [1%]	\$92.5 [20%]	\$88.7 [15%]	\$457.9
Prevention and Early Intervention (PEI)	\$2.8 [5%]	\$5.8 [10%]	\$24.2 [43%]	\$3.4 [6%]	\$0.4 [1%]	\$14.0 [25%]	\$8.1 [11%]	\$56.7
Total	\$38.4	\$161.3	\$296.5	\$33.7	\$6.4	\$154.4	\$135.9	\$826.6

SLIDE - 5

5

FOCUS ON DISPARITIES

California External Quality Review Organization (CAL-EQRO)

FY 2019-20 Performance Measures

Table 1: Medi-Cal Enrollees and Beneficiaries Served in CY 2018, by Race/Ethnicity Los Angeles MHP

Race/Ethnicity	Average Monthly Unduplicated Medi-Cal Enrollees	% Enrollees	Unduplicated Annual Count Beneficiaries Served	% Served
White	514,888	13.0%	32,635	15.5%
Latino/Hispanic	2,320,000	58.6%	108,093	51.4%
African-American	390,371	9.9%	37,455	17.8%
Asian/Pacific Islander	377,714	9.5%	9,422	4.5%
Native American	5,042	0.1%	522	0.2%
Other	356,845	9.0%	22,210	10.6%
Total	3,960,000	100%	210,337	100%

The total for Average Monthly Unduplicated Medi-Cal Enrollees is not a direct sum of the averages above it. The averages are calculated independently.

Data represents entire Los Angeles County and is not MHSA specific.

Data Source: The Mental Health Services Division at DHCS contracts with Behavioral Health Concepts, Inc. (BHC) to provide EQRO services for California's MHPs. Information on Medi-Cal beneficiaries served and penetration rates represent two of the seven performance measures summarized in their annual BHC-CAL-EQRO Validation of Performance Measures (VPM) Reports.

SLIDE - 6

6

FOCUS ON DISPARITIES

Percent Change in Consumers Served in Outpatient Programs by Race/Ethnicity (Four-Year Period)

■■■■■

Includes all funding sources, not only MHSA

Percent change by ethnicity group served in outpatient programs between FY 2016-17 and FY 2017-18:

- **Latinos** - ↓ *decreased* by 8.2 percentage points (PP) from 57.2% to 49.0%
- **Asian/Pacific Islanders** - ↑ *increased* by 1.8% PP from 4.0% to 5.8%
- **Native Americans** - ↑ *increased* by 0.2 PP from 0.6% to 0.8%

Ethnicity	FY 2014-15	FY 2015-16	FY 2016-17	FY 2017-18
Latino	51.8%	53.8%	57.2%	49.0%
African American	25.2%	23.7%	21.6%	25.0%
White	16.5%	17.2%	16.5%	19.5%
Asian/Pacific Islander	6.0%	4.7%	4.0%	5.8%
Native American	0.4%	0.5%	0.6%	0.8%

Figure shows the change in race/ethnicity that has occurred within consumers served in Los Angeles County mental health outpatient settings over four fiscal years.
Data Source: DMH, IS-IBHIS, September 2019

SLIDE - 7

7

FOCUS ON DISPARITIES

Proposed Actions to Address Racial/Ethnic Mental Health Care Disparities

■■■■■

MULTI-COUNTY LEARNING COLLABORATIVE

Participate in a multi-county learning collaborative with UC Davis' Center for Reducing Disparities. Los Angeles County will apply the learning related to the Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) Standards to the populations we have identified and utilize quality improvement strategies to work toward disparities reduction and culturally relevant treatment approaches.

CULTURAL AND LINGUISTIC COMPETENT MENTAL HEALTH SERVICES

Increase the availability of culturally and linguistically competent mental and behavioral health services accessible to racial and ethnic minorities and cultures.

SLIDE - 8

8

COMMUNITY PLANNING PROCESS (CPP)

CPP Activities and Meeting Dates

[Oct 21, 2020]
DMH presented a timeline of scheduled CPP efforts CLT, made up of Co-Chairs from 2 stakeholder networks: the Service Area Leadership Teams (SALTs) and Underserved Community Groups (UsCC).

[Oct - Nov 2020]
Multiple meetings with SALTs and UsCCs to:
- present demographic and consumer needs info specific to each Service Area; and
- conduct a Needs Assessment (online survey was also available).

[Feb 11, 2021]
A Summary of the Plan was presented to the Executive Committee of the Mental Health Commission for input and feedback.

[March 5, 2021]
A Summary of the Plan, including Stakeholder Feedback and a Focus on Disparities, is being presented today to the CLT for input and feedback.

Upcoming Important Dates

[Mar 19, 2021]
The full version of the draft FYs 2021-22 through 2023-24 Three-Year Plan will be posted on the DMH website to allow for the 30-day public review and comment period.

[Apr 22, 2021]
The draft Three-Year Plan will be presented to the full Mental Health Commission at this Public Hearing date.

[May - June 2021]
Final Three-Year Plan will be presented to the Board of Supervisors for approval.

SLIDE - 9

9

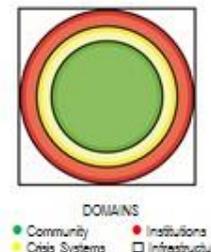
STAKEHOLDER ENGAGEMENT

SURVEY QUESTIONS

- What are your unmet needs of the Service Area (SA)?
- How has the COVID-19 pandemic further impacted unmet needs of the SA?
- How do you propose DMH address the unmet needs?
- What can DMH do to improve transitions between levels of care to ensure successful flow of clients through needed levels of care?

STAKEHOLDER FEEDBACK EIGHT MAJOR THEMES

1. Additional Mental Health Services across all ages, geographic areas, and cultural groups with a special focus on services for Children and Youth and the Asian/Pacific Island (API) community
2. A Focus on Levels of Care
3. Additional Supportive Housing and Beds
4. Data
5. Training
6. Funding for Non-Direct Services
7. Covid-19 Safety Measures
8. Social Equity



DOMAINS

- Community
- Crisis Systems
- Institutions
- Infrastructure

EVALUATION OF RESOURCES

Is there available funding and capacity to:

- Augment existing services; and
- Develop new services?

NEEDS ASSESSMENT

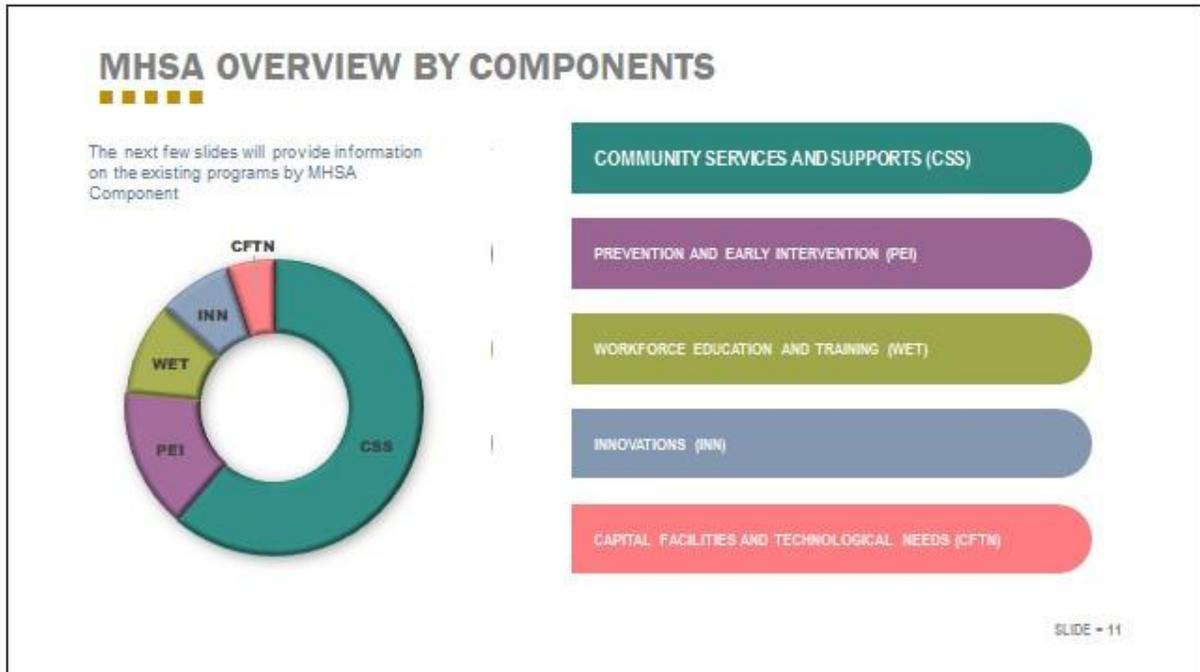
STAKEHOLDER INPUT

DMH STRATEGIC PLAN

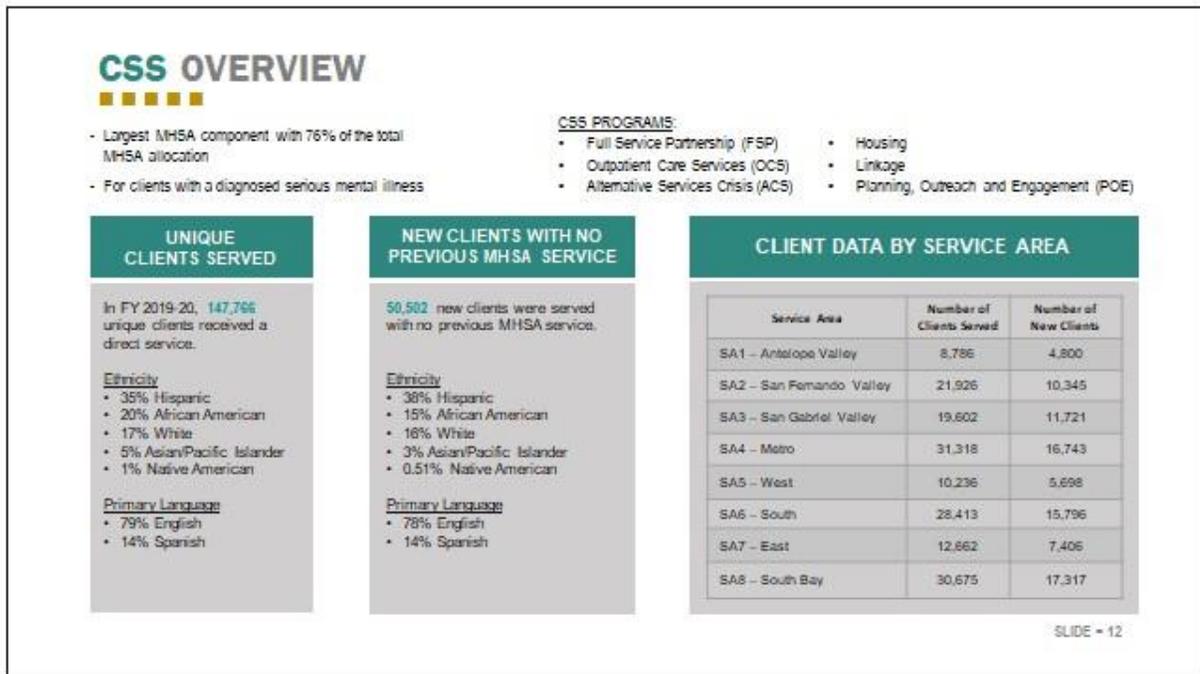
THREE-YEAR PLAN

SLIDE - 10

10



11



12

CSS – FULL SERVICE PARTNERSHIP OVERVIEW

■■■■■

- Provides 24/7 intensive outpatient services for DMH’s highest acuity clients who fall within State focal population guidelines
- Intended Outcomes
 - Reduces serious mental health systems, homelessness, incarceration and hospitalization
 - Increases independent living

FSP SLOTS AND CLIENTS SERVED BY AGE GROUP (FY 2019-20)

Age Group	Slots	Number of Clients Served
Child	3,584	3,944
Transitional Age Youth	1,410	2,950
Adult	10,986	7,715
Older Adults	885	1,897

Proposed Changes in New Three-Year Plan

FSP Transformation - Launches July 1, 2021, with existing FSP providers to pilot this new model over the next three years. Lessons learned from this pilot will inform the rebid of FSP contracts in FY 2024-25.

- Eligibility criteria more focused on those most in need of FSP care
- Multidisciplinary team/population approach rather than individual caseloads and “slots”
- Integrating all current specialty FSP into one FSP model (exception is Housing FSP will go under housing support)
- Lower client-to-staff ratios
- Additional staffing to enable Child FSP to provide Intensive Care Coordination (ICC) and Intensive Home-Based Services (IHBS)
- Enhanced training and technical assistance to support FSP providers in achieving outcomes
- Enhanced services and supports to ensure successful transitions from levels of care
- Centralized authorization, enrollment and disenrollment processes
- Standardized rates to bring contracted provider staff salaries closer to parity with counterparts in DMH clinics
- Changes to FSP contract to add incentives to help clients achieve critical life outcomes
- Using data, and consumer/provider feedback to drive continuous improvement

SLIDE - 13

13

CSS – ADDRESSING FSP DISPARITIES

■■■■■

Increased use of disparities data across the DMH system, as well as at the local SA level, to inform and shape FSP services for diverse populations

Additions to API FSP teams in Service Areas (SA) 3, 4, and 8

Trainings and support for working with diverse populations, with a particular focus on the API community

Working with UCLA and subject matter experts from the API and other communities to develop best practices

SLIDE - 14

14

CSS – OUTPATIENT CARE SERVICES OVERVIEW

- Provides community-based, clinic-based, and well-being services, including
 - Individual, group & family therapy
 - Evidence-based treatments
 - Peer support
 - Medication
 - Case management
 - Crisis resolution/crisis intervention
 - Linkage to primary care
 - Assistance with benefits establishment, housing and other social determinants of health
 - Vocational & pre-vocational services
- Our aim is to help our clients and families to:
 - Achieve their recovery goals
 - Have a safe place to live
 - Use their time in a meaningful way
 - Have healthy relationships
 - Access public assistance when necessary
 - Weather crises successfully
 - Have the best possible physical health

**CLIENTS SERVED
BY AGE GROUP
(FY 2019-20)**

Age Group	Number of Clients Served
Child	24,549
Transitional Age Youth	17,971
Adult	57,620
Older Adults	14,934

[Continued Work based on Current Three-Year Plan](#)

Coming enhancements:

- Modernized Call Center to assist in access to services and the most appropriate level of care
- Building up and supporting capacity to ensure successful transitions from higher levels of care

SLIDE - 15

15

CSS – ADDRESSING OCS DISPARITIES

Increased use of disparities data across the DMH system, as well as at the local SA level, to inform and shape OCS services for diverse populations

Trainings and support for working with diverse populations

New Koreatown Clinic

Develop Telehealth Network across SAs to provide language capacity and cultural competency, beginning with an API pilot

SLIDE - 16

16

CSS – HOUSING OVERVIEW



- Provides housing resources; mental health programs for individuals with Serious Mental Illness (SMI) or Serious Emotional Disorder.
- Provides training technical assistance; and advocacy on housing, employment and education.
- Intended Outcomes
 - Assist homeless clients to obtain interim housing and permanent housing;
 - Assist clients living in permanent housing to retain housing;
 - Increase the overall number of interim and permanent supportive housing (PSH) units and rental subsidies targeting DMH clients.

HOUSING DATA (FY 2019-20)

- \$390M in housing capital investments through No Place Like Home (NPLH) with additional \$50M to be awarded
- 2,399 tenant-based PSH units
- \$10M in ongoing rental subsidies for 413 FSP clients who are homeless with high acuity
- \$2.4M in move-in costs to transition 1,082 households from homelessness to housing
- Expanded Enriched Residential Care Program to provide funding for licensed residential facility to serve a final census of 572 clients at fiscal year end
- 504 interim housing beds to provide 1,129 individuals and 153 families with short-term shelter and case management services

MULTI-YEAR HOUSING INVESTMENTS SINCE 2008

- \$670M for 140 PSH developments and funding 3,608 units for individuals with SMI
- Operating subsidies for 13 of 140 housing developments
- Housing FSP services at 92 housing sites

SLIDE - 17

17

CSS – HOUSING OVERVIEW



Continued Work based on Current Three-Year Plan

- Continue investments in the capital development PSH through NPLH including allocating at least \$100M to develop PSH at Restorative Care Village sites on health care campuses
- Redesign the Housing FSP program to enhance the service model and continue to expand supportive services to those who are living in PSH as new developments open and lease up
- Continue investing in efforts to strengthen Licensed Residential Facilities, including increasing the budget by \$8M with SAMHSA* funds to subsidize more DMH clients living in Board and Care Homes; seeding a membership association; administering a capital improvements grant program; and implementing a bed tracking system
- Partner with the County Department of Health Services (DHS) and California Policy Lab to implement the new Homeless Prevention Unit, which identifies those who are most at risk of homelessness through predictive analytics and provides them with housing retention services
- Utilize \$500,000 in funding from the Conrad N. Hilton Foundation to pay for the short-term housing needs of individuals released from prison that are linked to DMH services

*Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SLIDE - 18

18

CSS – ADDRESSING HOUSING DISPARITIES

■ ■ ■ ■ ■

DMH is participating in systemwide work to research and address racial disparities in homeless services and housing, including

Collaborating with the California Policy Lab to evaluate differences in service histories among different racial and ethnic groups

Focusing on identifying and addressing biases of the Coordinated Entry System (CES) Vulnerability Tool

Responding to the recommendations of the LAHSA* Ad Hoc Committee on black people experiencing homelessness

Race	DMH PSH Total	DMH PSH %	Homeless Count %	L.A. County%
American Indian	59	1.6%	1.1%	0.2%
Asian	57	1.5%	1.2%	14.4%
Black or African American	1832	48.9%	33.7%	7.9%
Hispanic or Latino	394	10.5%	36.1%	48.5%
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	14	0.4%	0.3%	0.2%
White	1124	30.0%	25.5%	26.3%
Multi-Racial / Other	54	1.4%	2.1%	2.5%
Unknown	211	5.6%	0.0%	0.0%
Grand Total	3,745	100.0%	100.0%	100.0%

*Los Angeles Homeless Services Authority

SLIDE - 19

19

CSS – ALTERNATIVE CRISIS SERVICES OVERVIEW

■ ■ ■ ■ ■

- Provides a comprehensive range of services and supports for mentally-ill individuals that are designed to
 - Offer alternatives to emergency room care, acute inpatient hospitalization and institutional care
 - Reduce homelessness
 - Prevent incarceration
- MHSA ACS programs include:
 - Residential and Bridging Care (RBC) Program
 - Psychiatric Urgent Care Centers (UCC)
 - Enriched Residential Services (ERS)
 - Crisis Residential Treatment Programs (CRTP)
 - Law Enforcement Teams (LET)

FY 2019-20

ERS	CRTP
588 Admissions	7 Centers and 99 Beds (280 additional beds planned)

UCC	LET
8 UCCs <ul style="list-style-type: none"> • Service Areas 2, 3, 4, 5, 6 and 8 • New UCCs - High Desert (SA1) & Olive View (Part of Restorative Care Village) • Approximately 128 Beds • 49,518 Client Contacts 	14,472 Calls <ul style="list-style-type: none"> • 31% Homeless individuals • 3% Arrests • 61% Required Hospitalization

SLIDE - 20

20

CSS – ACS OVERVIEW

Proposed Changes in New Three-Year Plan

- No proposed changes.
- However, continued work over the next three fiscal years to implement County initiative to expand mental health bed capacity and improve service quality, pending funding commitments:
 - Two-year bed pilot program to procure various types of beds
 - COVID-19 resulted in greater need for beds to focus on prevention, as well as open residential treatment and crisis residential beds; and decompress County hospital beds
 - Strategize to invest resources based on funding availability (potential sources: County NCC funding, Measure J, CARES Act, MHSA, SAMHSA)

FY 2020-21 Budget

Cost	Beds
\$209M	Acute Psychiatric Hospitals
\$194M	Subacute (includes IMD, Medical SNF, State Hospitals, and State Hospital Alternatives)
\$38M	Open Residential (includes ERS, Crisis Residential Care, ERC, and Congregate Care)
\$49M	Urgent Care Center Chairs

= \$490M Total Budgeted in Gross Cost

SLIDE – 21

21

PEI OVERVIEW

- Second largest MHSA component with 19% of the total MHSA allocation
- Focus on providing preventative and early intervention strategies, education, support and outreach to those at risk of developing mental illness or experiencing early symptoms.

PEI PROGRAMS:

- Prevention
- Early Intervention
- Suicide Prevention
- Stigma and Discrimination Reduction

UNIQUE CLIENTS SERVED

In FY 2019-20, **47,602** unique clients received a direct service.

Ethnicity

- 45% Hispanic
- 9% African American
- 8% White
- 2% Asian/Pacific Islander
- 1% Native American

Primary Language

- 74% English
- 22% Spanish

NEW CLIENTS WITH NO PREVIOUS MHSA

26,381 new clients were served with no previous MHSA service

Ethnicity

- 44% Hispanic
- 8% African American
- 8% White
- 3% Asian/Pacific Islander
- 0.48% Native American

Primary Language

- 74% English
- 22% Spanish

CLIENT DATA BY SERVICE AREA

Service Area	Number of Clients Served	Number of New Clients
SA1 – Antelope Valley	3,410	2,990
SA2 – San Fernando Valley	7,596	5,840
SA3 – San Gabriel Valley	8,494	6,414
SA4 – Metro	6,329	5,388
SA5 – West	1,828	1,685
SA6 – South	6,049	5,163
SA7 – East	6,720	5,892
SA8 – South Bay	7,923	6,846

SLIDE – 22

22

PEI OVERVIEW

- Prevention programs and services promote positive cognitive, social and emotional development that serves to reduce or prevent mental illness from occurring while providing supportive services to individuals, families and communities outside of traditional clinic settings with the goal of avoiding adverse system involvement.
- Continued Work based on Current Three-Year Plan
DMH continues to provide an array of Prevention Programs and Projects to significantly reduce risk factors or stressors, build protective factors and skills, and increase supports where at-risk individuals live, work, worship and gather. Some of these efforts include:
 - School Based Community Access Platforms
 - Youth Diversion and Development
 - Transforming LA (formally known as Incubation Academy)

SLIDE - 23

23

PEI – ADDRESSING DISPARITIES

Prevention efforts are addressing racial disparities and helping improve the overall mental health and wellbeing of our entire County. These efforts include:

The slide features two overlapping circles. The left circle is light blue and contains text about a DMH-UCLA partnership and a Priority Populations Map. The right circle is light green and contains text about the Community Ambassador Network (CAN) and its focus on underserved neighborhoods.

DMH-UCLA Public Partnership for Wellbeing (PPfW) collaboration to create a Priority Populations Map that identified 30 communities across LA County disproportionately impacted by COVID-19.

The Map helped DMH create a plan to distribute resources in these communities.

CAN* offers career pathways to those living in the County's underserved neighborhoods, many of whom have lost jobs due to COVID-19.

CAN prioritizes support to Black, Asian, Indigenous and People of Color, many of whom live in communities that have been disproportionately impacted by systemic racism and inequality.

DMH intends to expand CAN using PEI funding moving forward.

*Community Ambassador Network

SLIDE - 24

24

INN OVERVIEW

Provides 5% funding for time-sensitive projects that introduce new or improved practices or approaches to the delivery of mental health services.

INN PROJECTS

INN 2 - Community Capacity Building to Prevent Trauma
INN 3 - Technology Suites
INN 4 - Transcranial Magnetic Stimulation "TMS"
INN 5 - Peer Operated FSP
INN 7 - Therapeutic Transport
INN 8 - Early Psychosis Learning Network
INN 9 - Conservatee Support
TRIESTE (→ Hollywood Pilot)

- Priority Projects
 - INN 7 Therapeutic Transport
 - INN 8 Early Psychosis Learning Network
 - TRIESTE (→ Hollywood Pilot)
Partnership with the First Presbyterian Church of Hollywood to develop and implement a two-phase project that will transition individuals outreached by the HOME Team and living in the Hollywood area who are experiencing homelessness and have a SMI to innovative no barriers housing model
- DMH is reevaluating remaining INN projects to determine whether they align with Strategic Plan.

Proposed Changes in New Three-Year Plan

INN TIMELINE EXTENSIONS - The following projects will require extensions to the original project timeline due to delayed implementation. The timelines will adjust to the 5-year maximum.

- INN 2 - Community Capacity Building to Prevent Trauma
- INN 3 - Technology Suites
- INN 4 - Transcranial Magnetic Stimulation "TMS"
- INN 5 - Peer Operated FSP
- INN 7 - Therapeutic Transport

SLIDE - 25

25

WET OVERVIEW

Focused on creating and supporting a workforce that is culturally competent, consumer/family driven and promotes the transformation of mental health services to a strength-based approach that is inclusive of recovery, resilience and wellness

WET PROGRAMS

Navigator Skill Development Program
Charles Drew Affiliation Agreements <ul style="list-style-type: none"> - Pathways to Health Academy Program - Psychiatric Residency Program
Intensive Mental Health Recovery Specialist Training Program
Interpreter Training Program
DMH-UCLA Public Partnership for Wellbeing
Expanded Employment and Professional Advancement Opportunities for Parent Advocates, Child Advocates and Caregivers in the Public Mental Health System
WET Regional Partnership
Licensure Preparation Programs (MSW, MFT, PSY)

Continued Work based on Current Three-Year Plan

The following Midyear Adjustments were posted during FY 2020-21 and therefore, implementation was completed.

- Use of the MHSA State WET Regional Partnership Grant to fund a Loan Repayment Program similar to the State's Mental Health Loan Assumption Program (MHLAP)
- Suspension of MHSA WET Stipend Program for FY2020-21 due to the economic impact of COVID-19 resulting in curtailments across County departments. Curtailments impact recruitment of students who will likely not have the ability to be hired and would be placed at risk of having to repay the stipends.

SLIDE - 26

26

CFTN – CAPITAL FACILITIES OVERVIEW



- Transfers from CSS to Capital Facilities to fund capital improvements
- Continued Work based on Current Three-Year Plan
Midyear Adjustments were posted during FY 2018-19, such as the Restorative Care Villages
 - Part of the County's strategic plan to enhance delivery of comprehensive interventions by integrating direct care services for individuals who require physical health, mental health, substance abuse treatment, and housing-related services and supports
 - Envisioned to be the county's first mental health and well-being campuses that will provide a full continuum of programming and services
 - Located on these County hospital campuses: High Desert; LAC+USC; MLK; Olive View+UCLA; and Rancho Los Amigos



LAC+USC RESTORATIVE CARE VILLAGE RENDERING

SLIDE - 27

27

CFTN – CAPITAL FACILITIES OVERVIEW



MRT BEHAVIORAL HEALTH CENTER



OLIVE VIEW RESTORATIVE CARE VILLAGE RENDERING



RANCHO LOS AMIGOS RESTORATIVE CARE VILLAGE RENDERING



HIGH DESERT RESTORATIVE CARE VILLAGE RENDERING

SLIDE - 28

28

CFTN – TECHNOLOGICAL NEEDS OVERVIEW

- Transfers from CSS to Technological Needs to fund technology needs/projects to advance overarching MHSA goals
 - Increase consumer and family empowerment towards providing the tools for secure consumer and family access to health information; and
 - Modernize clinical and administrative information systems to ensure quality of care, parity, operational efficiencies and effectiveness.
- Currently, there is no MHSA-funded IT projects. However, DMH continues to forge ahead to build for tomorrow, today. Examples of current innovations include, but not limited to:
 - Virtual Mental Healthy Delivery System: Modernize its Virtual Mental Health technology and expand its network to connect with clients in jails, probation camps, shelters and other programs using various platforms as appropriate (e.g. VSEE)
 - MHRLN: Extend/enhance features to track mental health resources (beds, etc.) tracking and provide case management functionality to DMH staff by making it accessible to Contract Providers.
 - Mobile/smartphone solutions for DMH clients and practitioners: Initial delivery will be to implement and extend the mindLAMP smartphone solution that allows clients to participate in treatment by completing daily diary cards to share with their practitioners during sessions, thus enhancing the quality and usefulness of clinical encounters.
 - iPaas-DPH/DMH Interoperability Collaboration:
 - o Project stands up the Azure platform and develops Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) compliant messages/services such as client services and EDI claims that are currently exchanged with our contracted providers (via BizTalk).
 - o Project provides a common platform for DMH and Department of Public Health to exchange data with mutual contract providers.

SLIDE - 29

29

CFTN – TECHNOLOGICAL NEEDS OVERVIEW

Proposed Changes in New Three-Year Plan

Modernization of 24/7 ACCESS Call Center – A funding shift will be necessary to engage with a consultant to modernize the existing antiquated Call Center into the hub in accessing services with the DMH system of care.

The Call Center will provide end-to-end assistance in an efficient and client-focused manner utilizing an agent and client centered design. Project goals are as follows:

- Reduce the number of software applications used by agents by developing a single view with end-to-end care visibility in order to best meet the needs of the caller
- Allow for integration with other systems (e.g. law enforcement) for receiving, assessing, triaging and mounting non-law enforcement responses to crises across our communities
- Provide integration technology between the Call Center and service providers (including crisis response) in order to reduce time-to-care, maximize service capacity and improve coordination of services
- Develop self-service capabilities and alternative access-points designed by feedback from the community
- Automate call and client analytics to ensure the Call Center is meeting the needs of the community and responding in a timely manner

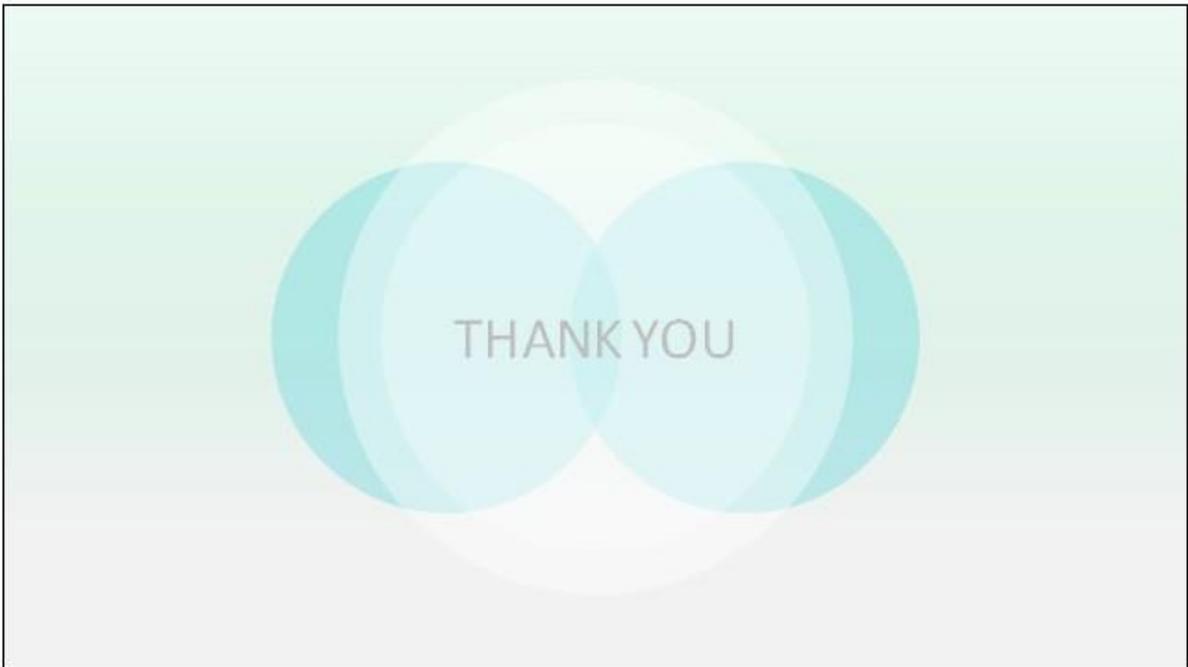


SLIDE - 30

30



31



32

APÉNDICE B – DATOS DE LA MHSA POR ÁREA DE SERVICIO

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 1 – Antelope Valley
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: ~~Help@Hand~~ (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client-and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

Área de servicio 1: Antelope Valley Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 1 tiene una población de 397.583 habitantes. Presenta el mayor porcentaje de indígenas norteamericanos.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

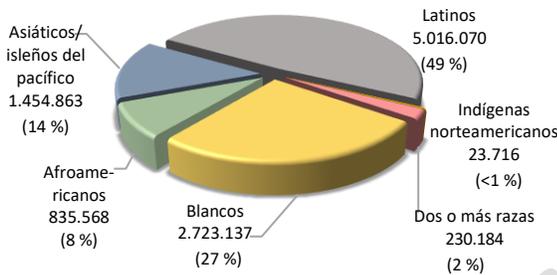
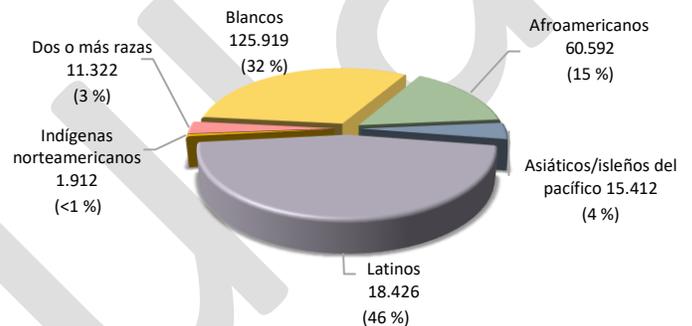


Figura 2. Área de servicio 1 (n = 397.583)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10 278 834)

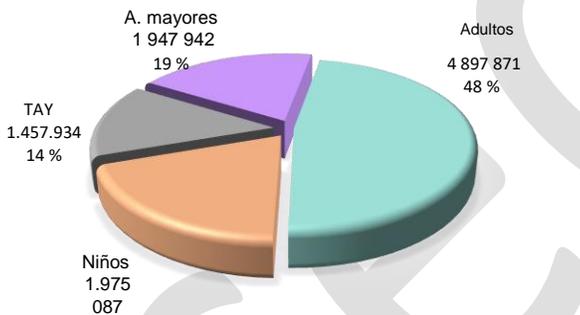
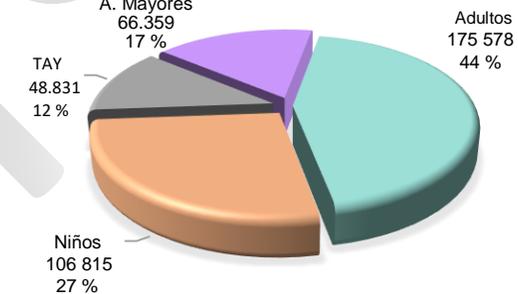


Figura 4. Área de servicio 1 (n = 397 583)



Población del Área de Servicio 1 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 1 (n = 171 569)

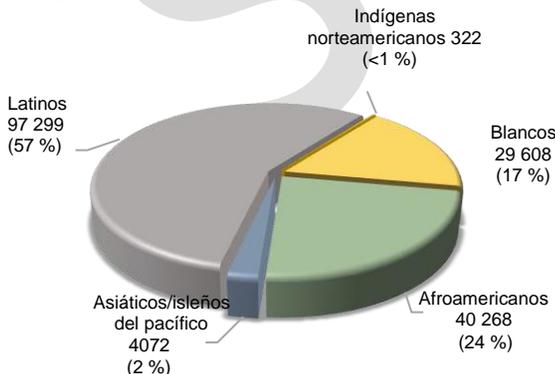
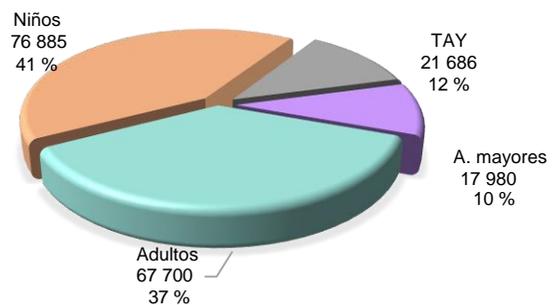


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 1 (n = 184 251)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) entre la Población del Área de Servicio 1 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 1 (n = 23 280)

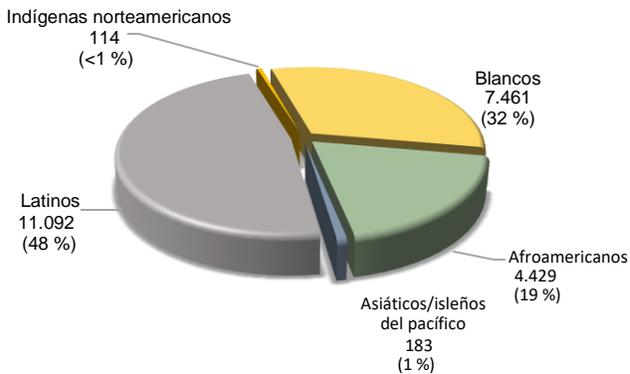
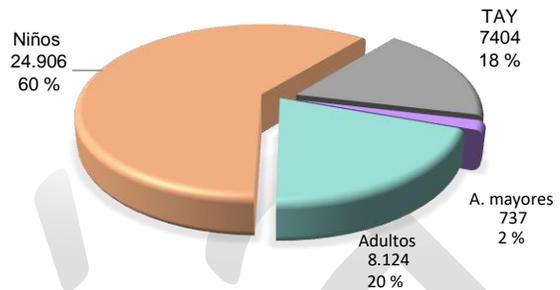


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 1 (n = 41 171)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 1 tiene dos idiomas principales: inglés (74,3 %) y español (25,1 %).

Usuarios atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Programas Ambulatorios del Área de Servicio 1

Figura 9. Etnias del área de servicio 1 (n = 11.585)

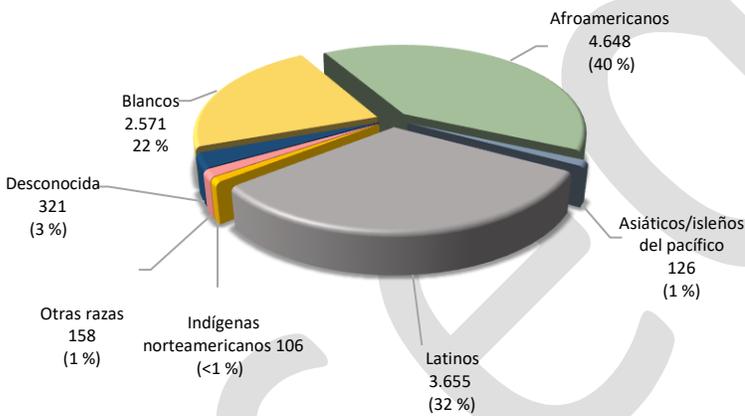
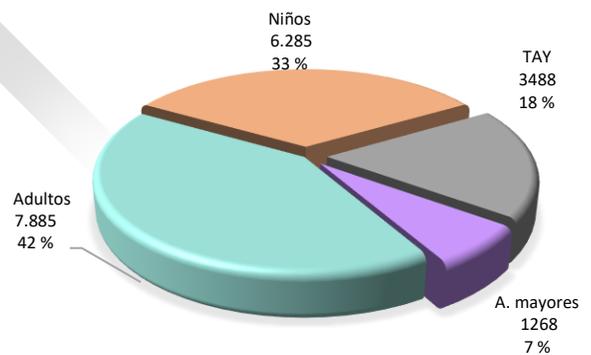


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 1 (n = 18 926)



El español es el idioma principal aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 1.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 1 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor "cero" indica que "no existe disparidad". Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	4.429	4.300	-129
Asiáticos/isleños del pacífico	183	121	-62
Latinos	11.092	3.345	-7.747
Indígenas norteamericanos	114	95	-19
Blancos	7.461	2.324	-5.137

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupos de edad

Grupo de Edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	24.906	5.763	-19.143
Jóvenes en edad de transición (16-25)	7.404	3.173	-4.231
Adultos (26-59)	8.124	7.383	-741
Adultos mayores (60+)	737	1.206	(+)469

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y recursos comunitarios

N.º de usuarios atendidos: 8.547

N.º de usuarios nuevos atendidos: 2.840

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	1650	1.403	4.836	861
Costo conforme a la MHSA	\$13.431.049	\$5.906.633	\$12.669.998	\$2.346.621

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos/isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	2.063	3.050	2.710	129	80	515
Porcentaje	24,14 %	35,69 %	31,71 %	1,51 %	0,94 %	6,03 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Árabe	Mandarín	Lengua de señas americana	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	7.829	597	6	2	3	2	2	3	103
Porcentaje	91,60 %	6,98 %	0,07 %	0,02 %	0,04 %	0,02 %	0,02 %	0,04 %	1 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	366	145	416	157
Costo conforme a la MHSA	\$6.095.098	\$1.997.714	\$4.044.860	\$921.527

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 1 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 1	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	160	125	78 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	64	57	89 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	479	411	86 %
Adultos mayores de 60 años	86	68	79 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de atención ambulatoria (anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	1.354	1.282	4.487	749
Costo conforme a la MHSA	\$7.329.723	\$3.895.842	\$8.322.465	\$1.356.491

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 4.072

N.º de usuarios nuevos atendidos: 2.680

Tabla 10. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	2716	581	764	59
Costo conforme a la MHSA	\$8.998.693	\$1.553.531	\$1.453.425	\$109.004

Tabla 11. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos/ isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	1.759	718	1.080	53	22	440
Porcentaje	43 %	18 %	27 %	1 %	0,54 %	11 %

Tabla 12. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Otra
N.º de usuarios atendidos	3.657	341	74
Porcentaje	90 %	8 %	2 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019. Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
Service Area 2 – San Fernando Valley
Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- Alternative Crisis Services (ACS);
- Housing [Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: [Help@Hand](#) (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client-and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

Área de servicio 2 – San Fernando Valley Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 2 tiene una población de 2.262.277 habitantes.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

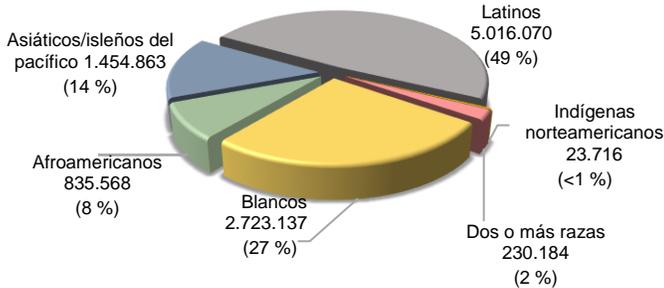
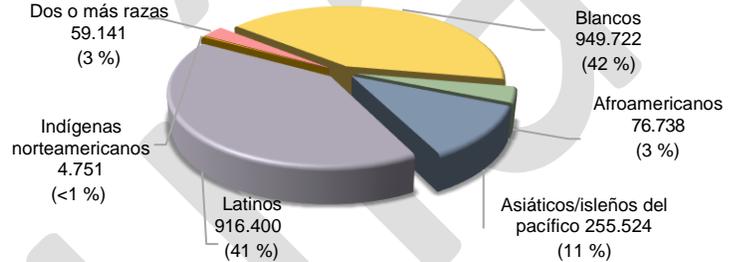


Figura 2. Área de servicio 2 (n = 2.262.277)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

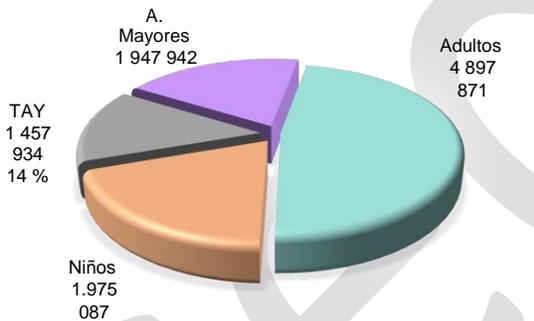
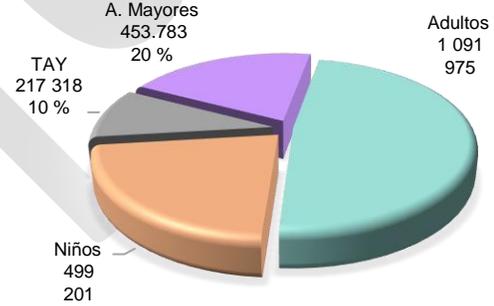


Figura 4. Área de servicio 2 (n = 2.262.277)



Población del área de servicio 2 inscrita en Medi-Cal por etnia y grupo de edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 2 (n = 662.292)

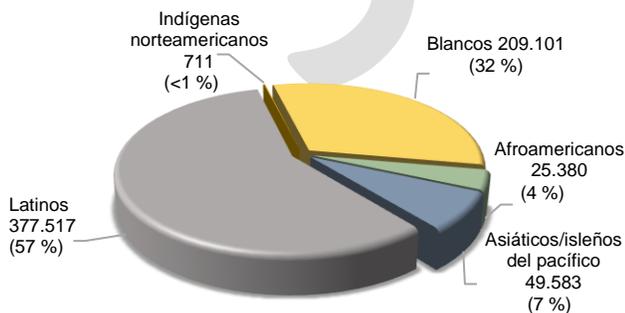
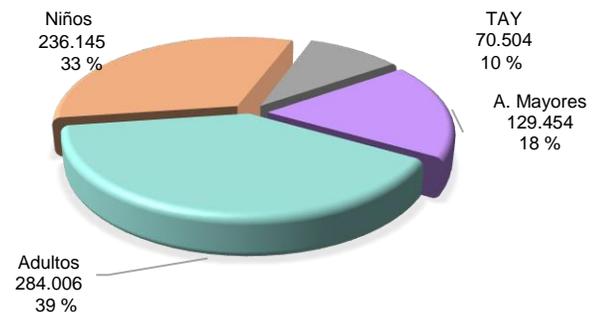


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 2 (n = 720.109)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 2 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 2 (n = 101.004)

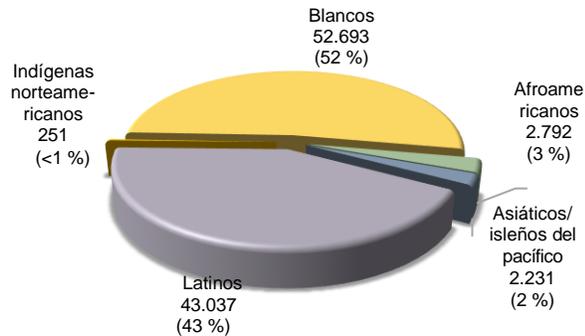
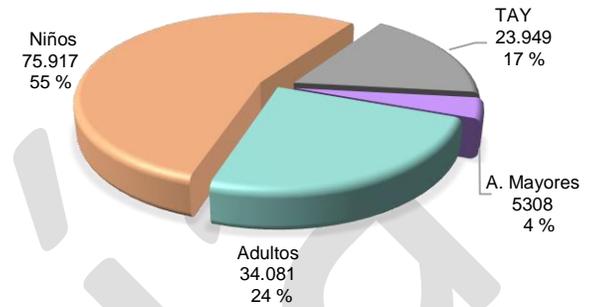


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 2 (n = 139 255)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 2 tiene ocho idiomas principales: armenio (9,1 %), inglés (52,2 %), persa (1,4 %), coreano (0,7 %), ruso (0,9 %), español (34,3 %), tagalo (0,4 %) y vietnamita (0,5 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Programas Ambulatorios del Área de Servicio 2

Figura 9. Etnias del área de servicio 2 (n = 24.439)

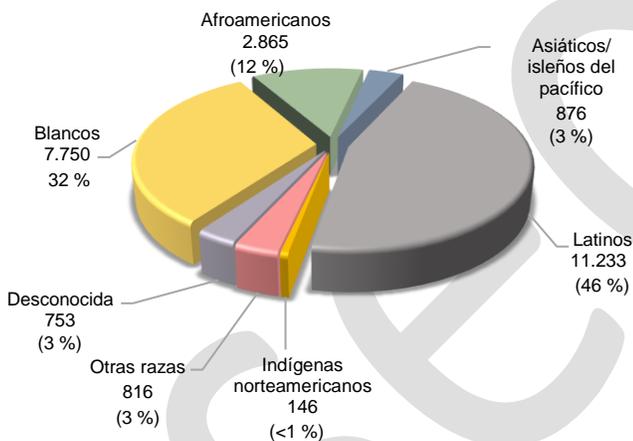
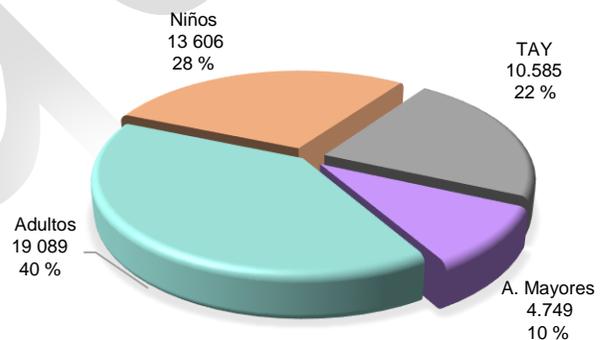


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 2 (n = 48.029)



El armenio, el persa, el ruso, español, el tagalo y el vietnamita son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 2.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 2 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor "cero" indica que "no existe disparidad". Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	2.792	2.520	-272
Asiáticos/isleños del pacífico	2.231	747	-1.484
Latinos	43.037	9.632	-33.405
Indígenas norteamericanos	251	131	-120
Blancos	52.693	6.430	-46.263

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de Edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	75.917	12.120	-63 797
Jóvenes en edad de transición (16-25)	23.949	9.159	-14 790
Adultos (26-59)	34.081	16.590	-17 491
Adultos mayores (60+)	5.308	4.177	-1.131

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 21.778

N.º usuarios nuevos atendidos: 8.095

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	3.699	3.828	11.903	2.961
Costo conforme a la MHSA	\$35.191.034	\$20.249.207	\$47.099.080	\$11.310.823

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos/ isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	6.368	2.050	8.857	1.258	110	3.135
Porcentaje	29,24 %	9,41 %	40,67 %	5,78 %	0,51 %	14,4 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Árabe	Mandarín	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	16.555	3.143	395	90	62	7	54	1.472
Porcentaje	76,02 %	14,43 %	1,81 %	0,41 %	0,28 %	0,03 %	0,25 %	7 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	616	441	836	156
Costo conforme a la MHSA	\$11.293.952	\$5.339.396	\$10.771.247	\$2.018.079

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 2 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 2	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	455	397	87 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	168	157	93,5 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	1.130	772	68 %
Adultos mayores de 60 años	128	101	78,9 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	3.175	2.963	9.674	2.725
Costo conforme a la MHSA	\$23.801.632	\$13.672.220	\$32.469.916	\$9.071.499

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 7.926

N.º de usuarios nuevos atendidos: 4.886

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	5.710	1.606	645	137
Costo conforme a la MHSA	\$24.285.248	\$6.200.161	\$1.816.061	\$271.373

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	4874	895	327	299	10	1.521
Porcentaje	61 %	11 %	4 %	4 %	0,13 %	19 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Otra
N.º de usuarios atendidos	6.218	1.422	42	11	233
Porcentaje	78 %	18 %	1 %	0,14 %	3 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 3 – San Gabriel Valley
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 83, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- Alternative Crisis Services (ACS);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: ~~Help@Hand~~ (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client-and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

Área de servicio 3 – San Gabriel Valley Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 3 tiene una población de 1.808.263 habitantes. Presenta el mayor porcentaje de asiáticos e isleños del pacífico del condado.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

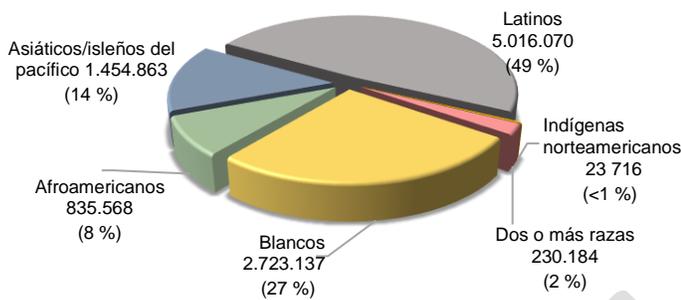
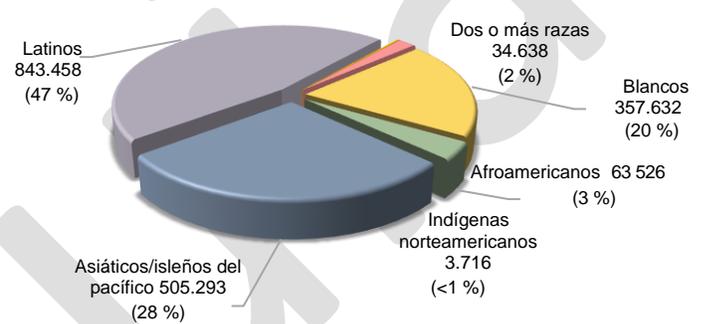


Figura 2. Área de servicio 3 (n = 1.808.263)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

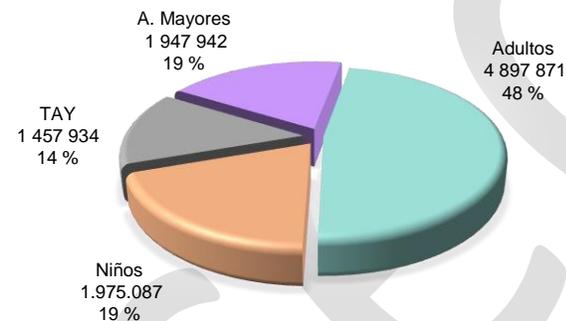
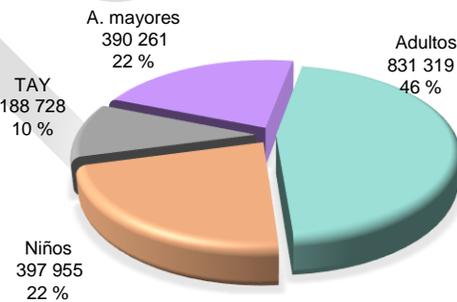


Figura 4. Área de servicio 3 (n = 1.808.263)



Población del Área de Servicio 3 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 3 (n = 544.879)

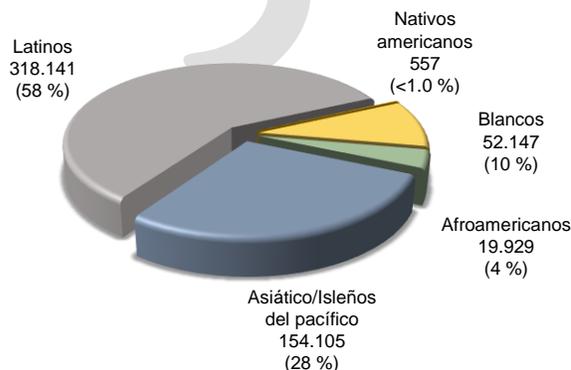
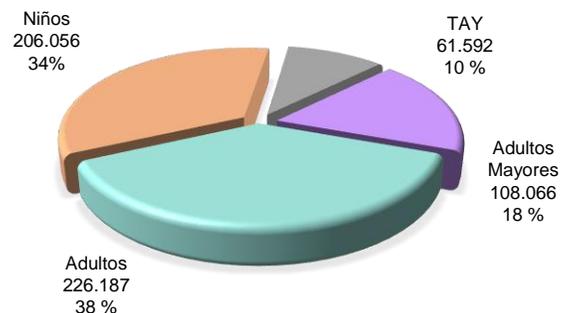


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 3 (n = 601.901)



Prevalencia Aproximada de Perturbación Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 3 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 3 (n = 58.733)

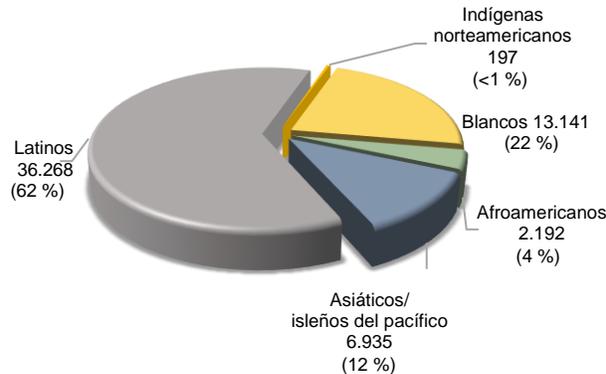
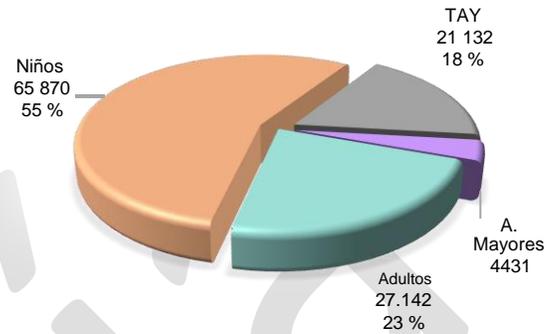


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 3 (n = 118.575)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 3 tiene siete idiomas principales: cantonés (5,8 %), inglés (54,3 %), coreano (0,5 %), mandarín (7,4 %), chino (0,6 %), español (26,7 %) y vietnamita (3,5 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Programas Ambulatorios del Área de Servicio 3

Figura 9. Etnias del área de servicio 3 (n = 20.825)

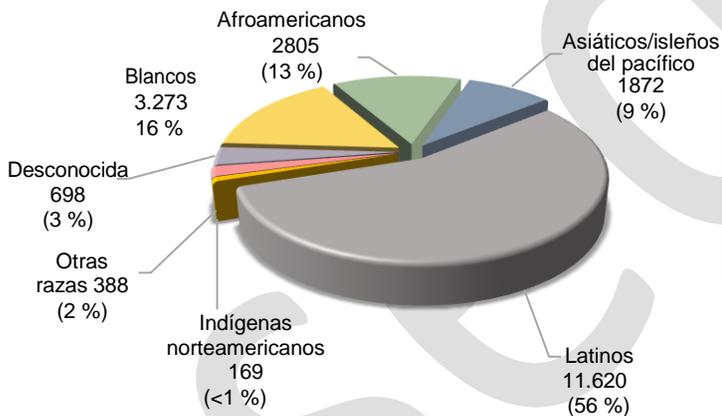
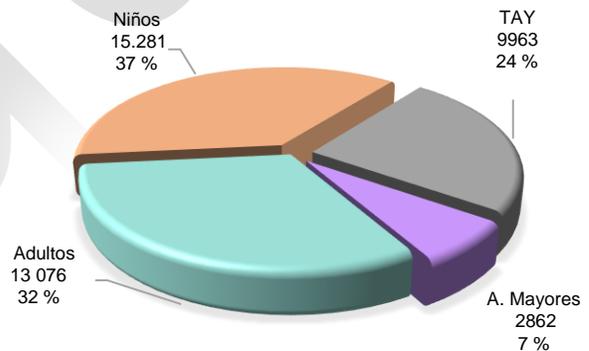


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 3 (n = 41.182)



El cantonés, el coreano, el mandarín, el español y el vietnamita son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 3.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 3 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor "cero" indica que "no existe disparidad". Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	2.192	2.456	(+)264
Asiáticos/isleños del pacífico	6.935	1.472	-5.463
Latinos	36.268	9.296	-26.972
Indígenas norteamericanos	197	133	-64
Blancos	13.141	2.483	-10.658

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de Edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	65.870	12.733	-53.137
Jóvenes en edad de transición (16-25)	21.132	8.200	-12.932
Adultos (26-59)	27.142	10.796	-16.346
Adultos mayores (60+)	4.431	2.362	-2.069

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 18.262

N.º usuarios nuevos atendidos: 8.095

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	54.84	3.453	8.102	1.670
Costo conforme a la MHSA	\$39.423.790	20.182.347	35.401.636	7.108.436

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	2.928	1.706	7.609	1.642	111	4.266
Porcentaje	16 %	9 %	42 %	1 %	1 %	23 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Árabe	Mandarín	Cantonés	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	13.724	2.759	4	18	312	302	10	1.131
Porcentaje	75 %	15 %	0,02 %	0,01 %	1,71 %	1,65 %	0,05 %	7 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuario atendidos	502	380	801	353
Costo conforme a la MHSA	\$8.869.975	\$5.413.847	\$9.654.102	\$2.293.975

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 3 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 3	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	379	248	65 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	188	134	71 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	839	652	78 %
Adultos mayores de 60 años	203	169	83 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (Anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	4.748	2.530	5.839	1.126
Costo conforme a la MHSA	\$29.770.194	\$12.942.615	20.968.214	\$4.257.227

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 8.996

N.º de usuarios nuevos atendidos: 5.639

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de Edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	6.383	1.757	826	185
Costo conforme a la MHSA	\$22.931.763	\$6.033.942	\$2.079.525	\$647.398

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	3.574	653	426	333	30	3.980
Porcentaje	40 %	7 %	5 %	3,7 %	0,33 %	44 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Mandarín	Cantonés	Otra
N.º de usuarios atendidos	6.383	2.195	71	83	264
Porcentaje	71 %	24 %	1 %	1 %	3 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 4 – Metro Los Angeles
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: ~~Help@Hand~~ (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client- and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

Área de Servicio 4 – Área Metropolitana de Los Ángeles Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 4 tiene una población de 1 185 794 habitantes.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

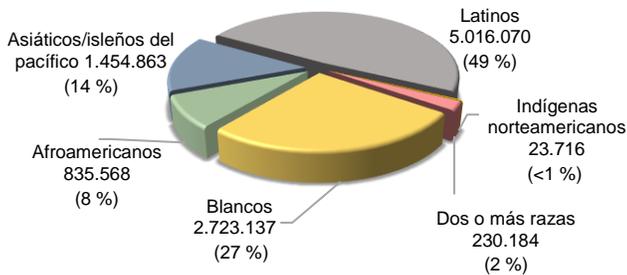
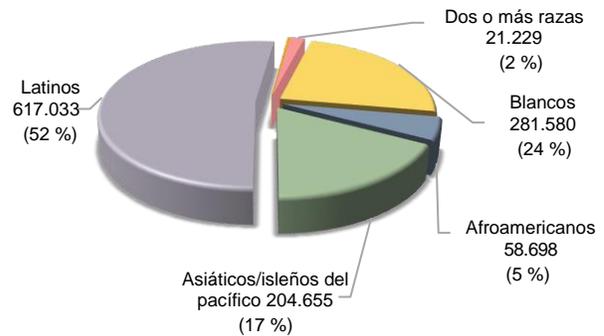


Figura 2. Área de servicio 4 (n = 1.185.794)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

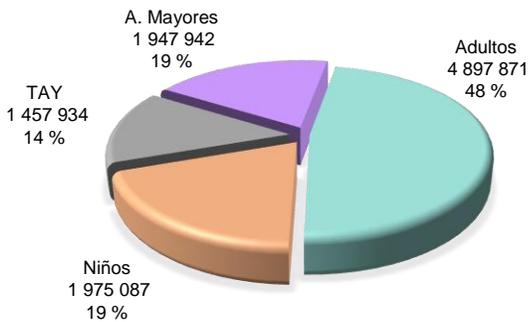
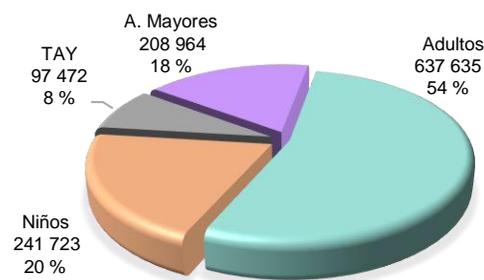


Figura 4. Área de servicio 4 (n = 1.185.794)



Población del Área de Servicio 4 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 4 (n = 423.460)

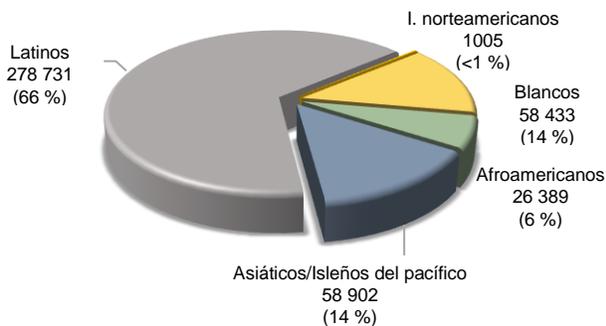
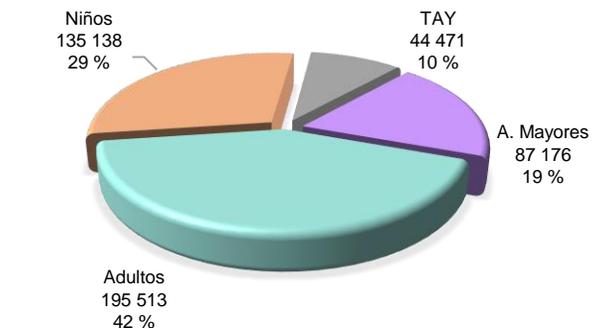


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 4 (n = 462.298)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 4 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 4 (n = 52.409)

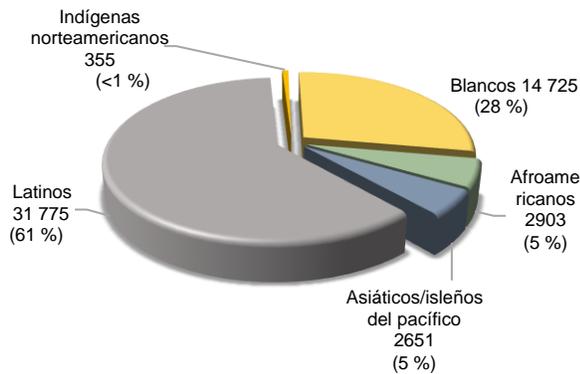
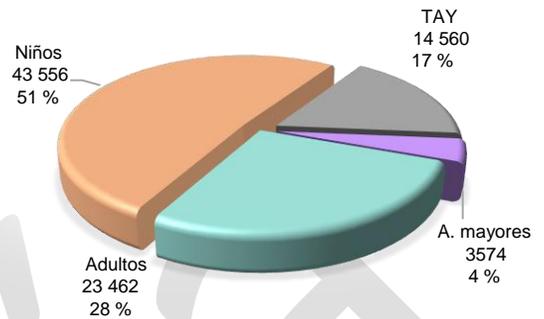


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 4 (n = 85.152)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 4 tiene seis idiomas principales: armenio (1,4 %), cantonés (1,7 %), inglés (47 %), coreano (4,1 %), ruso (1,1 %) y español (43 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Programas Ambulatorios del Área de Servicio 4

Figura 9. Etnias del área de servicio 4 (n = 22.995)

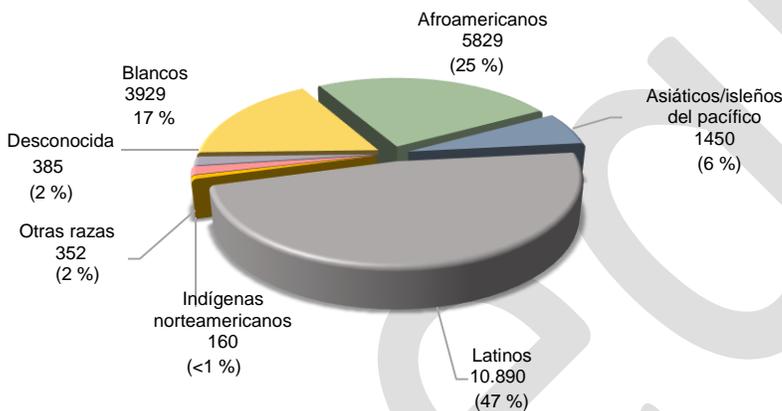
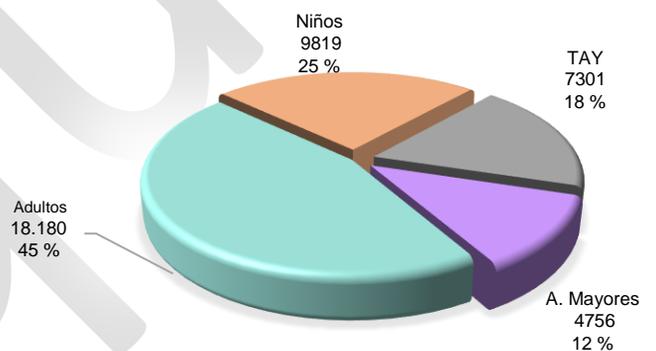


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 4 (n = 40.056)



El armenio, el cantonés, el coreano, el mandarín, el chino, el ruso, el español y el tagalo son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 4.

Evaluación de necesidades de la población del área de servicio 4 inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor "cero" indica que "no existe disparidad". Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	2.903	4.951	(+)2.048
Asiáticos/isleños del pacífico	2.651	1.079	-1.572
Latinos	31.775	8.171	-23.604
Indígenas norteamericanos	355	118	-237
Blancos	14.725	2.857	-11.868

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	43.556	7.860	-35.696
Jóvenes en edad de transición (16-25)	14.560	5.697	-8.863
Adultos (26-59)	23.462	14.307	-9.155
Adultos mayores (60+)	3.574	3.751	(+)177

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 30.065

N.º usuarios nuevos atendidos: 12.730

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	4.200	5.017	17.319	4.070
Costo conforme a la MHSA	\$29.160.830	\$23.868.088	\$66.405.449	\$19.628.53

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	5.075	6.691	12.446	2201	298	3.354
Porcentaje	17 %	22 %	41 %	4 %	1 %	11 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Ruso	Mandarín	Cantonés	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	23.574	4.135	77	68	97	35	2.041
Porcentaje	78 %	14 %	0,26 %	0,23 %	0,32 %	0,12 %	7 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	480	510	1.546	455
Costo conforme a la MHSA	\$8.402.138	\$7.994.275	\$20.097.732	\$4.936.327

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 4 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 4	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	419	311	74 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	229	195	85 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	2.398	1.422	59 %
Adultos mayores de 60 años	148	133	90 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (Anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	3335	2332	9590	3049
Costo conforme a la MHSA	\$19 687 635	\$9 664 826	\$30 006 270	\$13 065 379

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 6797

N.º de usuarios nuevos atendidos: 4330

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	4663	1381	722	185
Costo conforme a la MHSA	\$17.900.515	\$5.178 099	\$2.342.433	\$813.931

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	4.429	256	366	328	32	1.386
Porcentaje	65 %	4 %	5 %	5 %	0,47 %	20 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Mandarín	Cantonés	Otra
N.º de usuarios atendidos	4.636	1.907	19	11	221
Porcentaje	68 %	28 %	0,28 %	0,16 %	3 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019. Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 5 – West Los Angeles
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: [Help@Hand](#) (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

Área de Servicio 5 – West Los Angeles Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 5 tiene una población de 667 863 habitantes. Presenta la mayor cantidad de habitantes cuya lengua materna es el idioma inglés.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

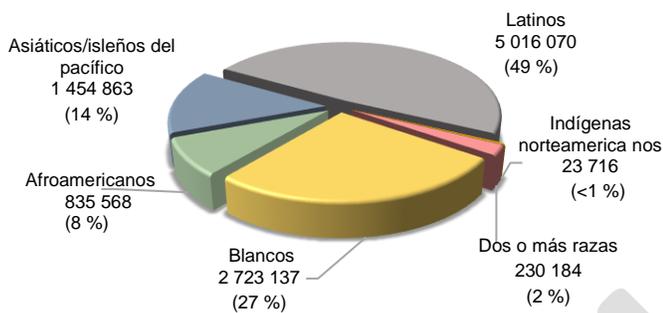
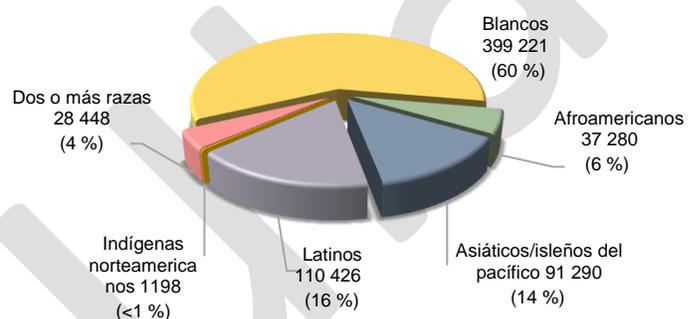


Figura 2. Área de servicio 5 (n = 667.863)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10 278 834)

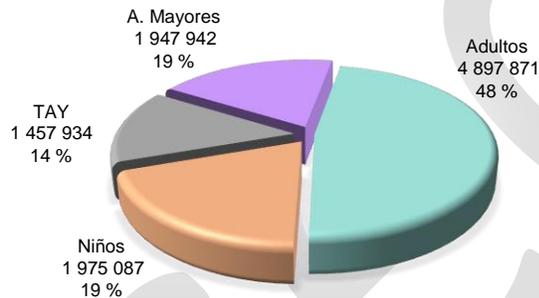
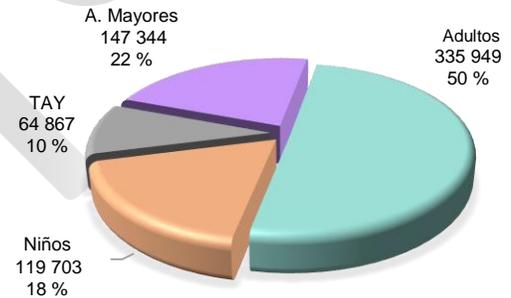


Figura 4. Área de servicio 5 (n = 667,863)



Población del Área de Servicio 5 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 5 (n = 83.111)

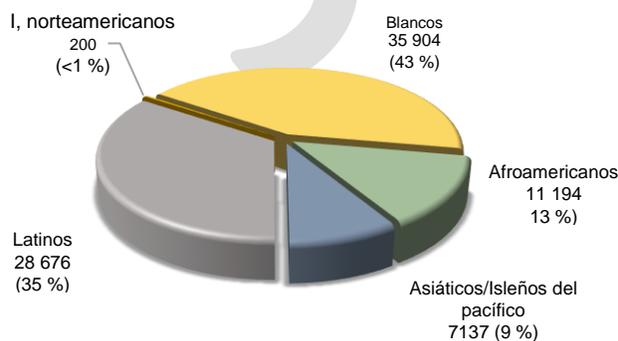
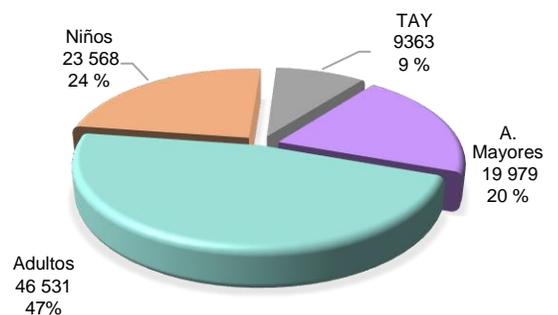


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 5 (n = 99.441)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 5 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 5 (n = 13.940)

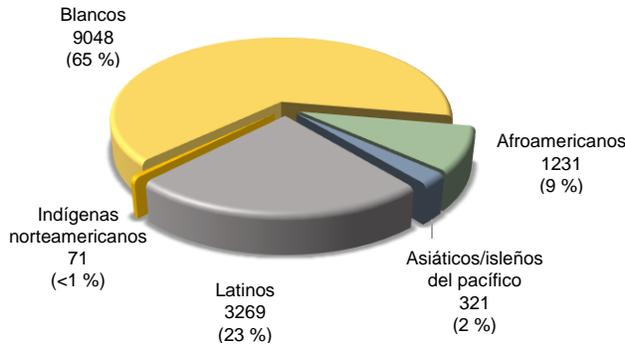
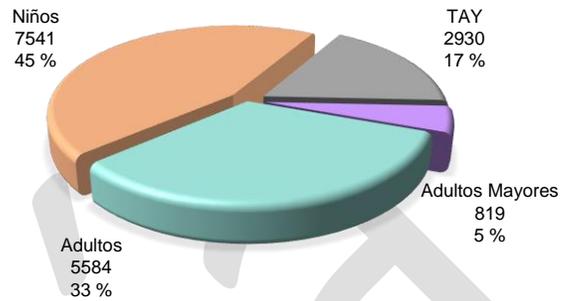


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 5 (n = 16.874)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 5 tiene tres idiomas principales: inglés (75,5 %), persa (4 %) y español (17,3 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Programas Ambulatorios del Área de Servicio 5

Figura 9. Etnias del área de servicio 5 (n = 5.909)

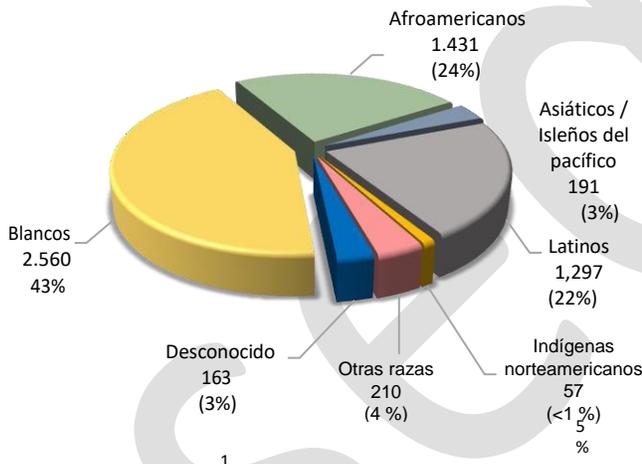
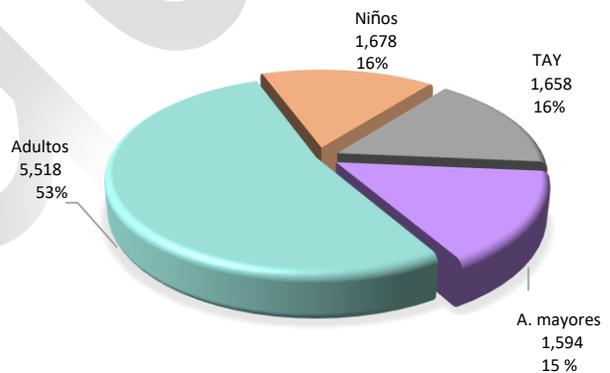


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 5 (n = 10.448)



El persa y el español son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 5.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 5 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor "cero" indica que "no existe disparidad". Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	1231	1201	-30
Asiáticos/isleños del pacífico	321	130	-191
Latinos	3269	946	-2323
Indígenas norteamericanos	71	43	-28
Blancos	9048	1774	-7274

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	7541	1308	-6233
Jóvenes en edad de transición (16-25)	2930	1271	-1659
Adultos (26-59)	5584	4203	-1381
Adultos mayores (60+)	819	1193	+374

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 9458

N.º usuarios nuevos atendidos: 4267

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	812	1385	6021	1397
Costo conforme a la MHSA	\$4.231.543	\$5.095.170	\$24.906.465	\$6.975.823

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	3382	2381	2101	367	76	1151
Porcentaje	36 %	25 %	22 %	4 %	1 %	12 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Árabe	Mandarín	Cantonés	Lengua de señas americana	Filipino, tagalo	Otra	Desconocida
N.º usuarios atendidos	8332	608	105	32	13	6	3	2	1	351	5
Porcentaje	88 %	6 %	1 %	0,34 %	0,14 %	0,06 %	0,03 %	0,02 %	0,01 %	4 %	0,05 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	78	146	669	136
Costo conforme a la MHSA	\$1.164.926	\$1.385.728	\$7.921.502	\$1.514.032

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 5 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 5	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	61	42	69%
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	73	56	77 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	760	554	73 %
Adultos mayores de 60 años	29	26	90 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (Anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	709	733	3497	1097
Costo conforme a la MHSA	\$3.014.752	\$2.473.234	\$11.437.140	\$4.929.687

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 1725

N.º de usuarios nuevos atendidos: 1178

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	928	323	395	107
Costo conforme a la MHSA	\$3.616.995	\$1.032.627	\$1.296.341	\$496.795

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	548	369	272	52	6	478
Porcentaje	32 %	21 %	16 %	3 %	0,35 %	28 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Otra
N.º de usuarios atendidos	1473	165	24	6	57
Porcentaje	85 %	10 %	1 %	0,35 %	3 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
Service Area 6 – South Los Angeles
Fiscal Year 2018-19

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSAOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: [Help@Hand](#) (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

s presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin

embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 6 tiene una población de 1 057 694 habitantes. Presenta el mayor porcentaje de afroamericanos del condado.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

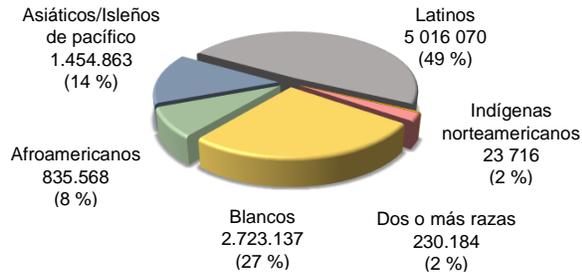
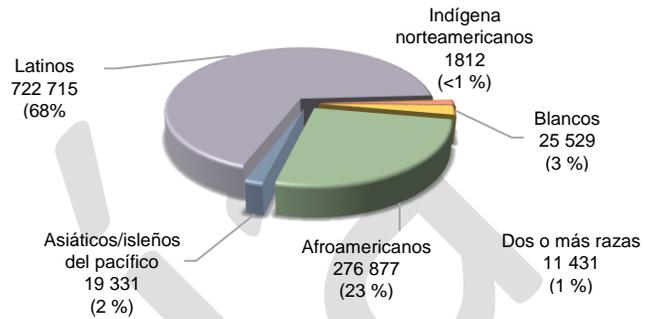


Figura 2. Área de servicio 6 (n = 1.057.694)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

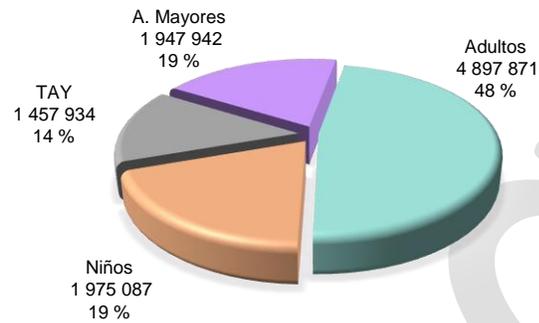
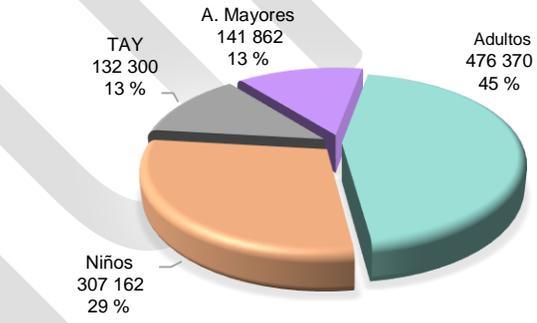


Figura 4. Área de servicio 6 (n = 1.057.694)



Población del Área de Servicio 6 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 6 (n = 574.574)

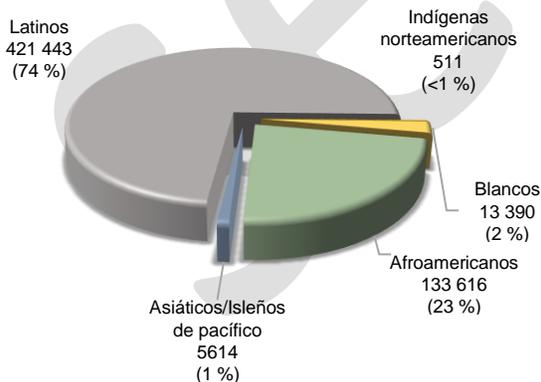
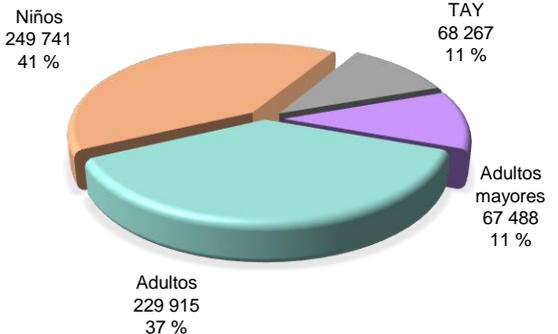


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 6 (n = 615.371)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 6 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 6 (n = 66.550)

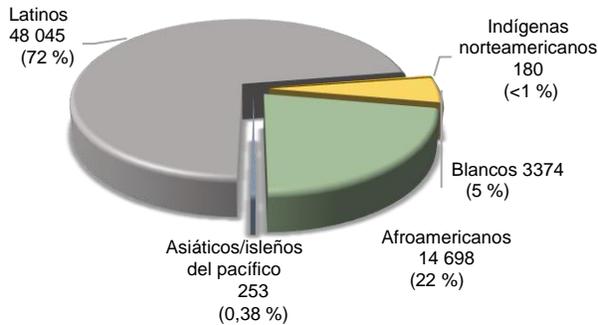
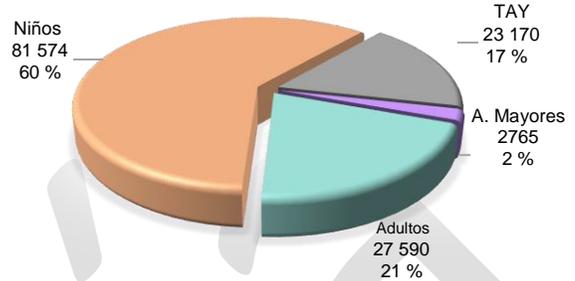


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 6 (n = 135.099)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 6 tiene dos idiomas principales: inglés (51 %) y español (49 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Programas Ambulatorios del Área de Servicio 6

Figura 9. Etnias del área de servicio 6 (n = 31.556)

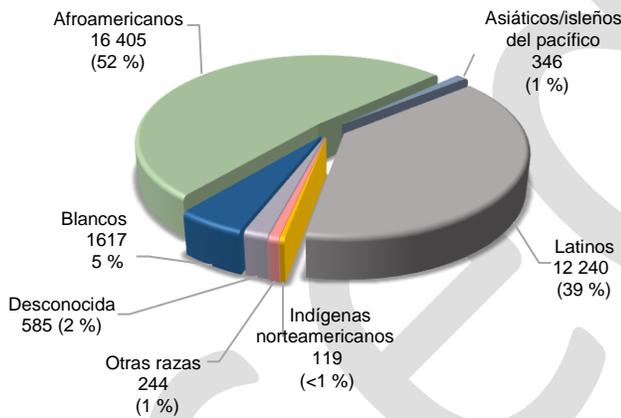
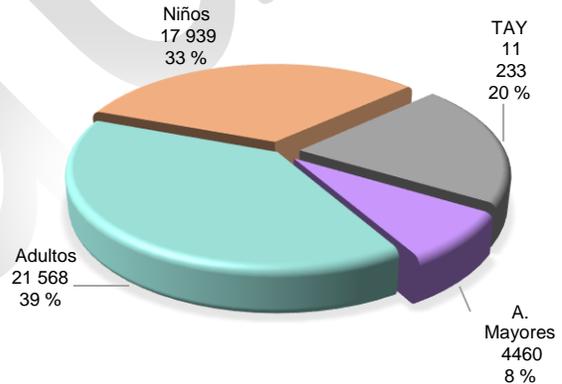


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 6 (n = 55.200)



El español es el idioma principal aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 6.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 6 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor “cero” indica que “no existe disparidad”. Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	14.698	12.705	-1993
Asiáticos/isleños del pacífico	253	228	-25
Latinos	48.045	8491	-39.554
Indígenas norteamericanos	180	95	-85
Blancos	3374	1110	-2264

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	81.574	13.648	-67.926
Jóvenes en edad de transición (16-25)	23.170	8434	-14.736
Adultos (26-59)	27.590	16.103	-11.487
Adultos mayores (60+)	2765	3301	(+)536

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 22 840

N.º usuarios nuevos atendidos: 8258

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	5554	3634	11.725	2479
Costo conforme a la MHSA	\$38.898.694	\$17.974.221	\$47.816.490	\$7.588.867

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	737	10.501	9073	185	48	2296
Porcentaje	3 %	46 %	40 %	1 %	0,21 %	10 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Árabe	Mandarín	Lengua de señas americana	Otra
N.º usuarios atendidos	18.099	4040	3	3	3	5	3	682
Porcentaje	79 %	18 %	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,02 %	0,01 %	3 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	993	462	1162	138
Costo conforme a la MHSA	\$17.819.835	\$6.310.427	\$16.270.267	\$1.302.973

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 1 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 6	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	548	428	78 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	268	160	60 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	1596	1184	74 %
Adultos mayores de 60 años	43	29	67 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (Anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	4722	3239	10 524	2350
Costo conforme a la MHSA	\$20.163.782	\$10.096 081	\$26.763.310	\$5.883.526

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 6816

N.º de usuarios nuevos atendidos: 4424

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	5052	1111	669	110
Costo conforme a la MHSA	\$16.339.659	\$3.420.305	\$1.548.779	\$267.049

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroame-ricanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	3348	102	1345	43	7	1971
Porcentaje	49 %	1 %	20 %	1 %	0,10 %	29 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Árabe	Otra
N.º de usuarios atendidos	4716	1855	4	241
Porcentaje	69 %	27 %	0,06 %	4 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 7 – East Los Angeles County
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSAOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: ~~Help@Hand~~ (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client- and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

El C... presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin

embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 7 tiene una población de 1 321 304 habitantes. Presenta el mayor porcentaje de latinos del condado.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

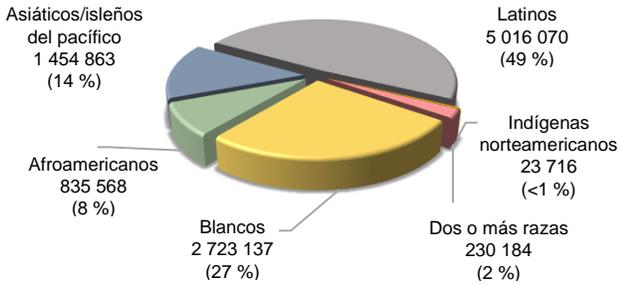
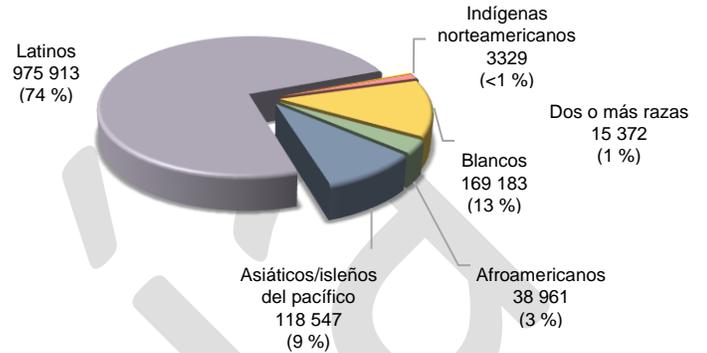


Figura 2. Área de servicio 7 (n = 1.321.304)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

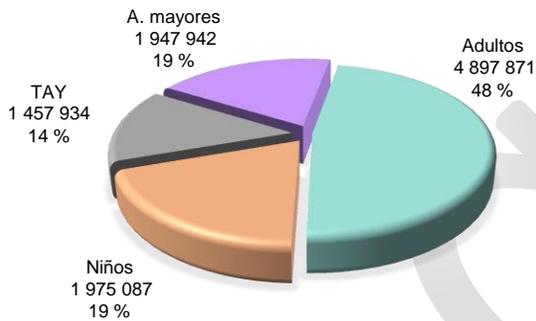
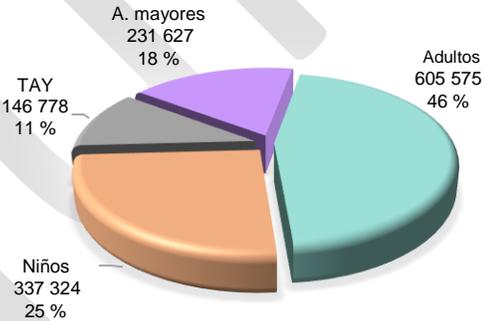


Figura 4. Área de servicio 7 (n = 1.321.304)



Población del Área de Servicio 7 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 7 (n = 465.835)

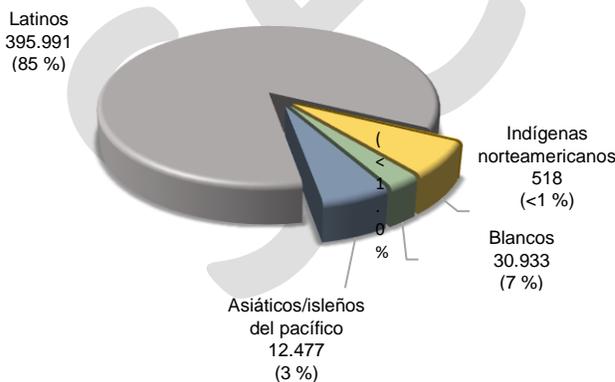
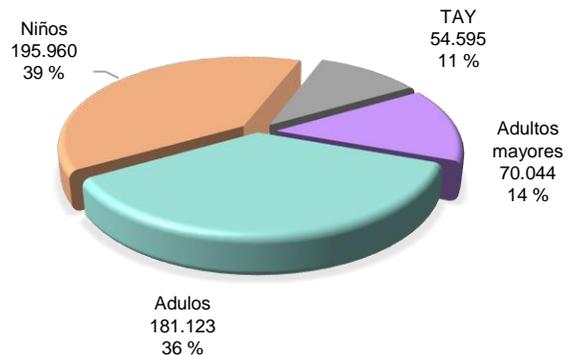


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 7 (n = 501.722)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) entre la Población del Área de Servicio 7 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 7 (n = 55.660)

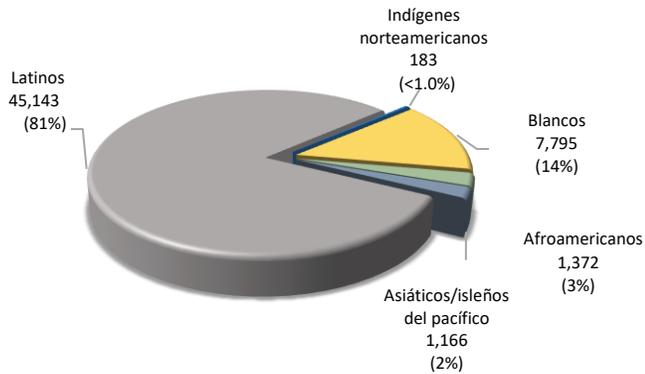
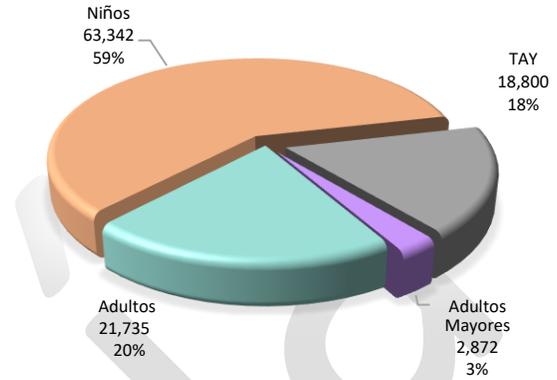


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 7 (n = 106.749)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 7 tiene tres idiomas principales: inglés (753.1%), coreano (0,6 %) y español (44,8 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Programas Ambulatorios del Área de Servicio 7

Figura 9. Etnias del área de servicio 7 (n = 18.372)

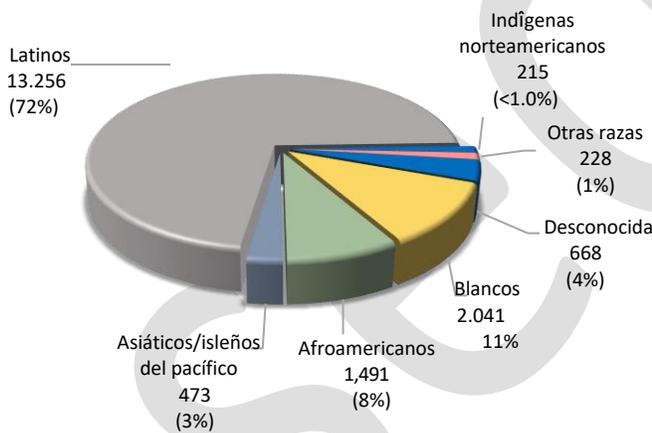
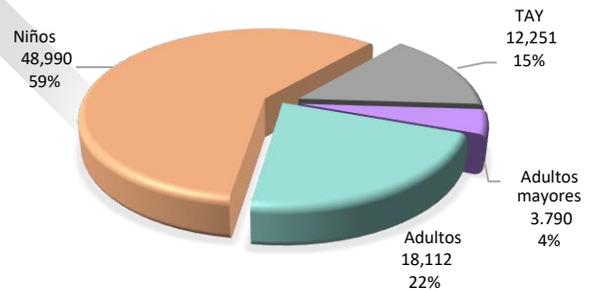


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 7 (n = 36.930)



El coreano y el español son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 7.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 7 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor “cero” indica que “no existe disparidad”. Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	1372	1103	-269
Asiáticos/isleños del pacífico	1166	307	-859
Latinos	45.143	8759	-36.384
Indígenas norteamericanos	183	159	-24
Blancos	7795	1327	-6468

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	63.342	9962	-53.380
Jóvenes en edad de transición (16-25)	18.800	5967	-12.833
Adultos (26-59)	21.735	8433	-13.302
Adultos mayores (60+)	2872	1737	-1135

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 12.886

N.º usuarios nuevos atendidos: 5236

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	3619	2285	6039	1283
Costo conforme a la MHSA	\$20.030.058	\$10.478.236	\$25.960.019	\$5.545.856

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	1353	822	7893	380	224	2214
Porcentaje	10,50 %	6,38 %	61,25 %	2,94 %	1,74 %	17,18 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Árabe	Mandarín	Lengua de señas americana	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	9551	3093	4	12	14	6	5	201
Porcentaje	74,12 %	24%	0,03 %	0,09 %	0,11 %	0,05 %	0,04 %	2 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	618	378	683	228
Costo conforme a la MHSA	\$9.650.326	\$4.346.670	\$8.168.879	\$2.367.889

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 1 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 7	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	372	304	82 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	173	141	82 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	866	640	74 %
Adultos mayores de 60 años	99	77	78 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de atención ambulatoria (anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	3.102	1.915	5.243	1.041
Costo conforme a la MHSA	\$13.318.808	\$5.886.930	\$16.722.862	\$3.101.849

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 7.362

N.º de usuarios nuevos atendidos: 4.797

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	4.714	1.504	1096	197
Costo conforme a la MHSA	\$15.407.388	\$4.741.386	\$2.271.326	\$644.946

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	4.427	355	197	107	34	2.242
Porcentaje	60 %	5 %	3 %	1 %	0,46 %	30 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Cantonés	Mandarín	Otra
N.º de usuarios atendidos	5.385	1.836	2	2	137
Porcentaje	73 %	25 %	0,03 %	0,03 %	2 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 MENTAL HEALTH SERVICES ACT INFORMATION
 Service Area 8 – South Bay
 Fiscal Year 2018-19**

In Fiscal Year 2018-19, 181,135 unique clients received a direct Mental Health Services Act (MHSA) mental health service in Los Angeles County. MHSA refers to Proposition 63, which was passed in November 2004 and became state law on January 1, 2005. The Act is funded by a 1 percent tax on personal income above \$1 million dollars to expand mental health services and programs serving all ages.

Welfare and Institutions Code (WIC) Section 5847 requires county mental health programs prepare and submit a Three-Year Program and Expenditure Plan ("Three-Year Plan" or "Plan") followed by Annual Plan Updates for MHSA programs and expenditures. The Plan provides an opportunity for the Los Angeles County - Department of Mental Health (LACDMH) to review its existing MHSA programs and services to evaluate their effectiveness. The Plan also allows LACDMH to propose and incorporate any new programs through a robust stakeholder engagement process, should additional funding be available. It is through this Community Planning Process that LACDMH will obtain important feedback from a broad array of stakeholders. Any changes made to any MHSA program must comply with MHSA regulations, as well as relevant State requirements.

MHSA is made up of five components: Community Services & Support; Prevention & Early Intervention; Innovation; Capital Facilities & Technological Needs and Workforce Education & Training.

Community Services & Support

Community Services & Support (CSS) is the largest component of the MHSA. The CSS component is focused on community collaboration, cultural competence, client and family driven services and systems, wellness focus, which includes concepts of recovery and resilience, integrated service experiences for clients and families, as well as serving the unserved and underserved. Housing is also a large part of the CSS component. Services include:

- [Full Service Partnership](#)
- Outpatient Care Services (Formerly Recovery, Resilience, and Reintegration Services RRR);
- [Alternative Crisis Services \(ACS\)](#);
- [Housing Services](#);
- Linkage to County-Operated Functions/Programs (Linkage); and
- Planning, Outreach, and Engagement Services (POE).

Prevention & Early Intervention

The goal of the Prevention & Early Intervention (PEI) component of the MHSA is to help counties implement services that promote wellness, foster health, and prevent the suffering that can result from untreated mental illness. The PEI component requires collaboration with consumers and family members in the development of PEI projects and programs. The components are as follows:

- Early Intervention
- Prevention
- Stigma and Discrimination
- Suicide Prevention

Innovation

The MHSOAC controls funding approval for the Innovation (INN) component of the MHSA. The goal of Innovation is to increase access to underserved groups, increase the quality of services, promote interagency collaboration and increase access to services. Counties select one or more goals and use those goals as the primary priority or priorities for their proposed Innovation plan. The programs are as follows:

- INN 2: Community Capacity Building to Prevent and Address Trauma
- INN 3: ~~Help@Hand~~ (formerly Technology Suite)
- INN 4: Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)
- INN 5: Peer Support Specialist [Full Service Partnership](#)
- INN 7: Therapeutic Transportation (TT)
- INN 8: Early Psychosis Learning Healthcare Network
- TRIESTE

Workforce Education & Training

The goal of the Workforce Education & Training (WET) component is to develop a diverse workforce. Clients and families/caregivers are given training to help others by providing skills to promote wellness and other positive mental health outcomes, they are able to work collaboratively to deliver client and family-driven services, provide outreach to unserved and underserved populations, as well as services that are linguistically and culturally competent and relevant, and include the viewpoints and expertise of clients and their families/caregivers.

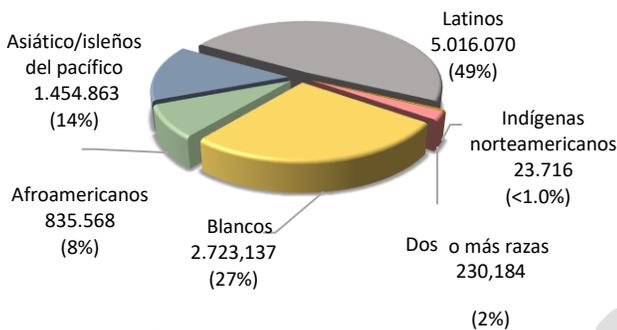
Área de Servicio 8 – South Bay Información Demográfica

El Condado de Los Ángeles se organiza en ocho (8) Áreas de Servicio (AS), cada una de las cuales presenta sus propias características y diversidad étnica. Los servicios que presta el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles se organizan por área geográfica para permitir un acceso más fácil a los mismos. Sin embargo, los usuarios pueden solicitar servicios en cualquier área geográfica dentro del sistema, y pueden ser derivados a cualquier programa de salud mental, ya sea administrado directamente o contratado conforme al Plan de Salud Mental Local (Local Mental Health Plan, LMHP).

El AS 8 tiene una población de 1 578 056 habitantes.

Población por raza/etnia

Figura 1. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)



Población por grupo de edad

Figura 3. Condado de Los Ángeles (n = 10.278.834)

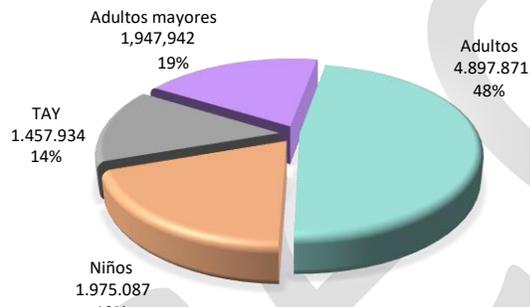


Figura 2. Área de servicio 8 (n = 1.578.056)

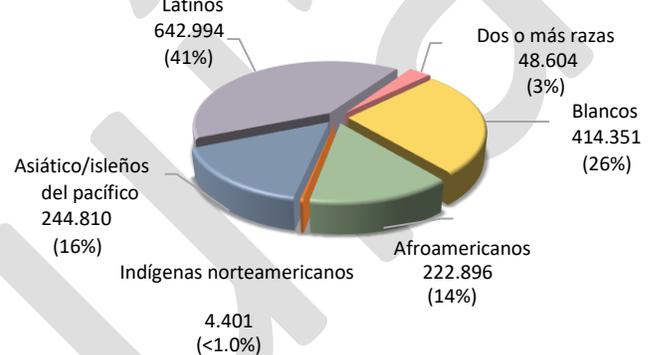
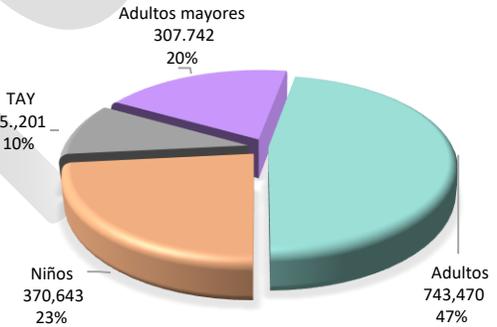


Figura 4. Área de servicio 8 (n = 1.578.056)



Población del Área de Servicio 8 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 5. Etnias del área de servicio 8 (n = 451.839)

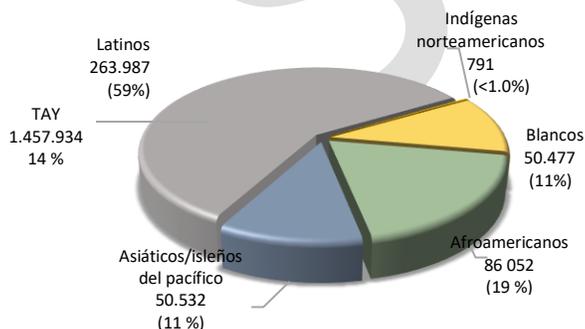
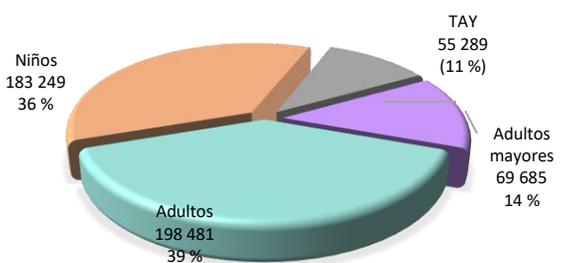


Figura 6. Grupos de edad del área de servicio 8 (n = 506.704)



Prevalencia Aproximada de Trastorno Emocional Grave (SED) y Enfermedad Mental Grave (SMI) Entre la Población del Área de Servicio 8 Inscrita en Medi-Cal por Etnia y Grupo de Edad

Figura 7. Etnias del área de servicio 8 (n = 54.834)

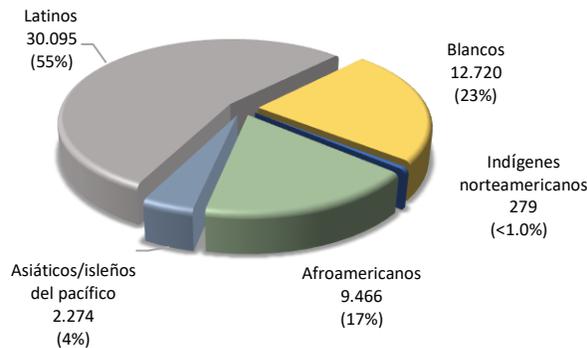
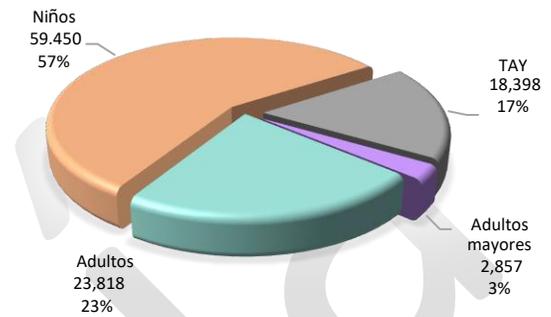


Figura 8. Grupos de edad del área de servicio 8 (n = 104.523)



Entre la población inscrita en Medi-Cal, el área de servicio 8 tiene cinco idiomas principales: inglés (65 %), camboyano (1,1 %), coreano (0,7 %), vietnamita (0,6 %), y español (31,6 %).

Usuarios Atendidos en el Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Programas Ambulatorios del Área de Servicio 8

Figura 9. Etnias del área de servicio 8 (n = 25 000)

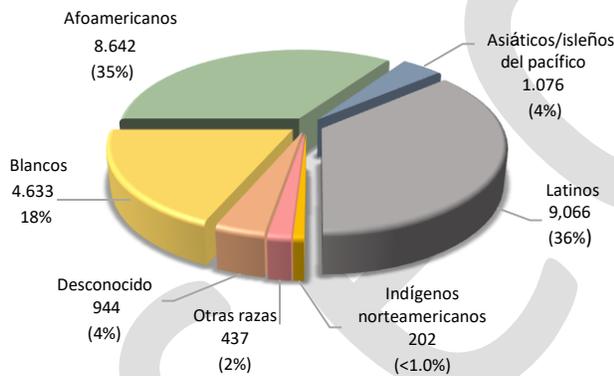
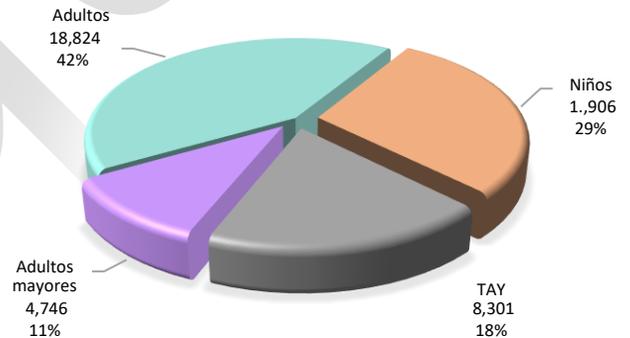


Figura 10. Grupos de edad del área de servicio 8 (n = 44 777)



El camboyano, el coreano, el español y el vietnamita son los idiomas principales aparte del inglés que hablan los usuarios de los programas ambulatorios del área de servicio 8.

Evaluación de Necesidades de la Población del Área de Servicio 8 Inscrita en Medi-Cal

Una cifra negativa indica que no se ha atendido la necesidad prevista de servicios de salud mental. El valor “cero” indica que “no existe disparidad”. Una cifra positiva (+) en paréntesis indica la cantidad de usuarios que reciben servicios más allá de la necesidad prevista de servicios.

Tabla 1. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por etnia

Etnia	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Afroamericanos	9.466	6.084	-3.382
Asiáticos/isleños del pacífico	2.274	678	-1.596
Latinos	30.095	5.485	-24.610
Indígenas norteamericanos	279	146	-133
Blancos	12.720	2.901	-9.819

Tabla 2. Evaluación de las necesidades de la población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI, clasificada por grupo de edad

Grupo de edad	Población inscrita en Medi-Cal con SED y SMI	Usuarios ambulatorios atendidos	Disparidad de área de servicio
Niños (0-15)	59.450	8.971	-50.479
Jóvenes en edad de transición (16-25)	18.398	5.580	-12.818
Adultos (26-59)	23.818	12.604	-11.214
Adultos mayores (60+)	2.857	3.154	(+)297

Servicios de la Ley de Servicios de Salud Mental

Servicios y Recursos Comunitarios

N.º usuarios atendidos: 27.409

N.º usuarios nuevos atendidos: 12.028

Tabla 3. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	4.976	4.524	15.195	3.276
Costo conforme a la MHSA	\$34.127.247	\$19.382.792	\$58.993.684	\$14.002.283

Tabla 4. N.º usuarios atendidos por etnia

Etnia	Blancos	Afroamericanos	Latinos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º usuarios atendidos	5406	6.949	9.912	2.119	138	2.885
Porcentaje	20 %	25 %	36 %	8 %	1 %	11 %

Tabla 5. N.º usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Persa	Ruso	Árabe	Mandarín	Cantonés	Lengua de señas americana	Filipino, tagalo	Otra
N.º usuarios atendidos	22.600	3.137	12	7	12	17	10	6	55	1.553
Porcentaje	82,45 %	11,45 %	0,04 %	0,03 %	0,04 %	0,06 %	0,04 %	0,02 %	0,20 %	5,66 %

Programa de Servicios Integrales (FSP)

Tabla 6. N.º usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º usuarios atendidos	710	516	1.350	326
Costo conforme a la MHSA	\$10.230.161	\$5.929.032	\$16.304.340	\$3.474.194

Tabla 7. Capacidad del Programa de Servicios Integrales del área de servicio 8 al 15/08/20

Programa FSP del área de servicio 8	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Niños (se incluyen niños y TAY “wraparound”)	417	247	59 %
Jóvenes en edad de transición entre 16 y 25 años	238	228	96 %
Adultos entre 26 y 59 años (se incluyen servicios forenses, para indigentes, medida H y vivienda)	1637	1144	70 %
Adultos mayores de 60 años	149	143	96 %

Tabla 8. Capacidad del Programa de Servicios Integrales a lo largo del condado al 15/08/20

Programa FSP de condado	N.º de cupos	N.º de cupos autorizados	Porcentaje de objetivo cumplido
Servicios Clínicos Intensivos In Situ (IFCCS)	765	504	66 %
Programa Ambulatorio de Asistencia (AOT)	385	289	75 %
Equipo de Salud Mental Integrado (IMHT)	300	278	93 %

Los usuarios pueden pertenecer a más de un programa FSP al año.

Servicios de Atención Ambulatoria (Anteriormente “Recuperación, Resiliencia y Reintegración”)

Tabla 9. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	4031	2793	10 237	2670
Costo conforme a la MHSA	\$23.242.972	\$11.182.547	\$35.073.609	\$9.910.474

Prevención e Intervención Temprana

N.º de usuarios atendidos: 8.175

N.º de usuarios nuevos atendidos: 4.936

Tabla 10. N.º de usuarios atendidos por grupo de edad y costo conforme a la MHSA

Grupo de edad	Niños	TAY	Adultos	Adultos mayores
N.º de usuarios atendidos	5.416	1.470	1.204	237
Costo conforme a la MHSA	\$20.153.096	\$4.972.404	\$3.439.052	\$710.796

Tabla 11. N.º de usuarios atendidos por etnia

Etnia	Latinos	Blancos	Afroamericanos	Asiáticos e isleños del pacífico	Indígenas norteamericanos	Otra
N.º de usuarios atendidos	3.609	677	1.091	257	12	2.529
Porcentaje	44 %	8 %	13 %	4 %	0,15 %	31 %

Tabla 12. N.º de usuarios atendidos por lengua materna

Lengua materna	Inglés	Español	Árabe	Otra
N.º de usuarios atendidos	5.825	2.154	4	192
Porcentaje	71 %	26 %	0,05 %	2 %

Si tiene alguna pregunta sobre este informe, póngase en contacto con Robin Ramirez a través de rramirez@dmh.lacounty.gov.

Fuente de datos de las Figuras 1-10 y las Tablas 1-2: American Community Survey (Acs), US Census Bureau y Hedderson Demographic Services, 2019.
Fuente de datos de las Tablas 3-12: información directa del servicio al 31/08/2020. El costo se basa en los servicios bajo el Modo 15 y no incluyen servicios comunitarios, servicios de apoyo a usuarios ni servicios facturados.

APÉNDICE C – PRESENTACIONES DEL COMITÉ DE SALUD MENTAL (MHC)

[C1] PRESENTACIÓN ANTE EL COMITÉ EJECUTIVO DEL MHC (11 DE FEB. DE 2021) ADJUNTO: AGENDA Y PRESENTACIÓN POWERPOINT

Se presentó un resumen detallado del plan ante los miembros del comité ejecutivo.



Los Angeles County
Mental Health Commission
“Advocacy, Accountability and Oversight in Action”

First District Hilda L. Solis D. Imelda Padilla-Frausto Susan Friedman Luis R. Orozco	Second District Holly J. Mitchell Harold Turner Reba Stevens Vacant	Third District Sheila Kuehl Stacy Dalglish Rev. Kathy Cooper Ledesma Teresa Banko	Fourth District Janice Hahn Patrick Ogawa Kevin Acebo Michael Molina	Fifth District Kathryn Barger Britney Weissman, MPP Judy Cooperberg, MS, CPRP Vacant
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

EXECUTIVE COMMITTEE MEETING

1 st Vice Chair	2 nd Vice Chair	Chair	Members-at-Large
Imelda Padilla-Frausto	Kevin Acebo	Britney Weissman	Harold Turner Patrick Ogawa

Thursday, February 11, 2021 / Jueves 11 de febrero de 2021
12:00 pm
 (Please note the change in regular meeting time)

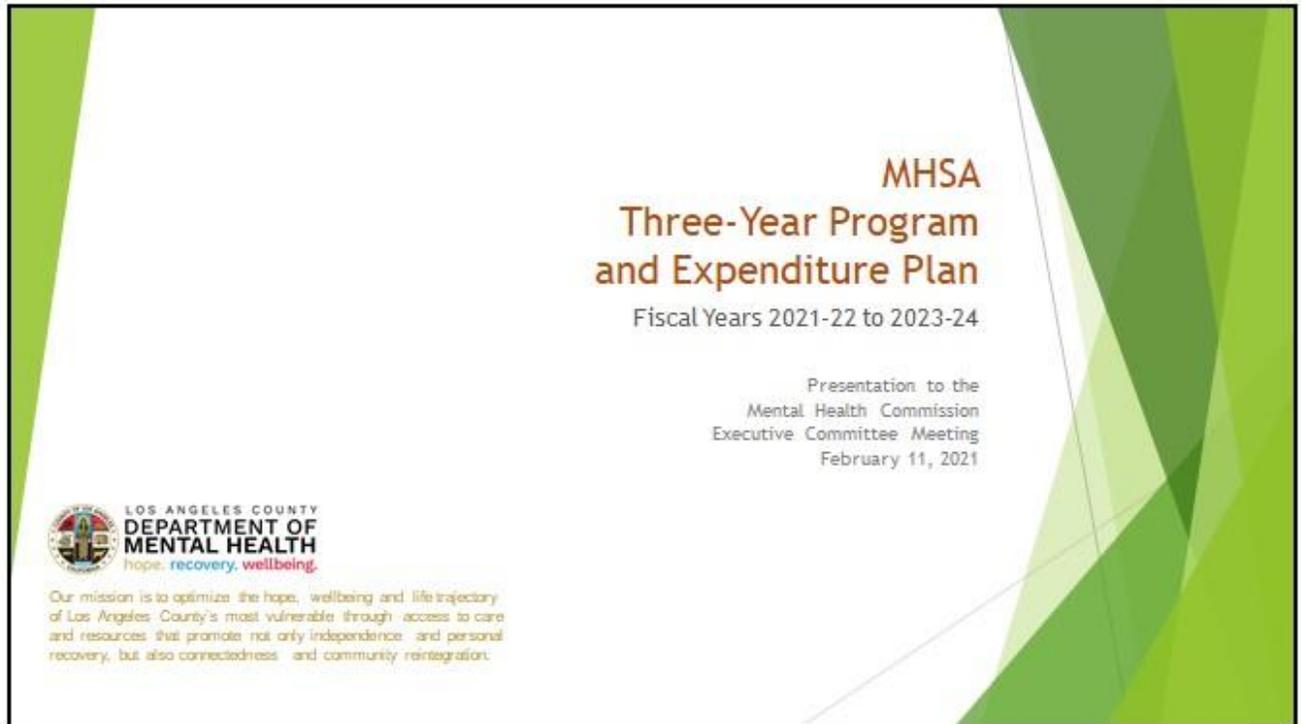
Watch Online (Virtual)	Public Comment Line	Únase por teléfono	CART Link
Click to Join	Toll-Free: 844-291-5490 Access Code: 1840647	Español: (888) 204-5987 ID de conferencia: 9639884#	CART Link

Agenda

- I. **Call to Order / Llamada al orden**
 - a. **Action Item: Approve January Minutes / Aprobar actas de enero**
- II. **Department Update / Actualización del Departamento de salud mental**
 - a. **MHSA 3-Year Plan Overview / Descripción general del plan de 3 años de la MHSA**
- III. **Non-Agenda Public Comments / Comentarios públicos no pertenecientes a la agenda**
- IV. **Commission Business / Actualización de Commission**
 - a. **February Full Agenda / Agenda de febrero**
 - b. **Public Comment / Comentarios públicos**
- V. **Adjourn / Aplazado**

NOTICE: Notice is hereby given that the order of consideration of matters on this agenda may be changed without prior notice. All items may be heard in a different order than listed on the agenda. / *Se hace notar que el orden de consideración de los asuntos en este orden del día puede cambiarse sin previo aviso. Todos los puntos pueden ser escuchados en un orden diferente al que figura en el orden del día.*

Address: 550 South Vermont, 12th Fl. Los Angeles, CA 90020
 E-mail: MHCcommission@dmh.lacounty.gov Website: <http://dmh.lacounty.gov/about/mental-health-commission/>



1



2

MHSA THREE-YEAR PLAN COMMUNITY PLANNING PROCESS

- ▶ The Community Planning Process (CPP) is used to obtain feedback from a broad array of stakeholders on the MHSA Three-Year Plan (Plan) for Fiscal Years (FYs) 2021-22 thru 2022-24

CPP Activities and Meeting Dates:

- ▶ Oct 21, 2020 - DMH presented a timeline of scheduled CPP efforts for FY 2020-21 to the Community Leadership Team (CLT), made up of Co-Chairs from 2 stakeholder networks: the Service Area Leadership Teams (SALTs) and Underserved Community Groups (UsCC), their feedback was collected
- ▶ Oct-Nov 2020 - DMH conducted multiple meetings with SALTs and UsCCs to present MHSA background, components, and programs. These stakeholders were provided demographic and consumer needs info for each Service Area. A Needs Assessment was conducted at each meeting and an Online Survey was used to collect feedback
- ▶ Feb 11, 2021 - A Summary of the Plan, including an overview of Stakeholder Feedback collected will be presented to the MH Commission Executive Committee to receive input and feedback

Upcoming Important Dates:

- ▶ March 5, 2021 - A Summary of the Plan, including Stakeholder Feedback will be presented to the CLT to receive input and feedback
- ▶ March 18, 2021 - The full version of the draft Plan will be posted at the DMH Website.
- ▶ April 22, 2021 - Public Hearing by the Mental Health Commission will take place to receive a Vote on the Plan.

Slide 3

3

MHSA THREE-YEAR PLAN COMMUNITY PLANNING PROCESS

- ▶ The CPP Community Needs Assessment and Discussion with each of the SALTs and UsCCs involved a questionnaire used to collect input from these stakeholders concerning the unmet needs within their service areas and/or cultural groups
- ▶ Input received from the Community Needs Assessment reflected 8 major themes
 - ▶ Additional Mental Health Services across all ages, geographic areas, and cultural groups with a special focus on services for Children and Youth and the API community
 - ▶ A focus on levels of care
 - ▶ Additional Supportive Housing and Beds
 - ▶ Data
 - ▶ Training
 - ▶ Funding for Non-Direct Services
 - ▶ Covid-19 Safety Measures
 - ▶ Social Equity
- ▶ In addition, stakeholder feedback was also received via an Online Survey made available during the entire course of the CPP timeline/process
- ▶ All stakeholder input and concerns were collected and addressed by DMH Subject Matter Experts and compiled in one document for distribution and inclusion in the finalized Plan

Slide 4

4

MHSA THREE-YEAR PLAN MHSA PLAN COMPONENTS

- ▶ MHSA funded programs and services are developed and implemented under 5 Plan Components
- ▶ **MHSA Plan Components include:**
 - ▶ Community Services and Supports (CSS)
 - ▶ Prevention and Early Intervention (PEI)
 - ▶ Workforce Education and Training (WET)
 - ▶ Innovations (INN)
 - ▶ Capital Facilities & Technology (CAP/IT)

SLIDE 3

5

EXISTING AND PROPOSED NE PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT

Overview

- ▶ Largest MHSA component with 76% of the total MHSA allocation
- ▶ For clients with a diagnosed serious mental illness
- ▶ For FY 2019-20
 - ▶ Approx. 147,766 unique clients received a direct service
 - ▶ 50,502 new clients served with no previous MHSA service (38% Hispanic, 15% African American, 16% White, 78% have a primary language of English, 14% have a primary language of Spanish)

Service Area	Number of Clients Served	Number of New Clients
SA 1 - Antelope Valley	8,786	4,800
SA 2 - San Fernando Valley	21,926	10,345
SA 3 - San Gabriel Valley	19,602	11,721
SA 4 - Metro	31,318	16,743
SA 5 - West	10,236	5,698
SA 6 - South	28,413	15,796
SA 7 - East	12,662	7,406
SA 8 - South Bay	30,675	17,317

SLIDE 4

6

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT**

Full Service Partnership (FSP)

FY 2019-20 Data by Program/Service

- ▶ Provides services guided by a commitment to do “whatever it takes,” for clients within defined focal populations to assist them in achieving their recovery goals
- ▶ In FY 2019-20
 - ▶ 3,584 Child Slots-3,994 Served
 - ▶ 1,410 Transition Age Youth Slots- 2,950 Served
 - ▶ 10,986 Adult Slots-7,715 Served
 - ▶ 885 Older Adult Slots-1,897 Served
- ▶ Reduces: homelessness, incarceration and hospitalization
- ▶ Increases: Independent Living

Proposed Changes in the Three-Year Plan

- ▶ Redesign from slot-based programming model to a team-based model
- ▶ Restructure FSP contracts to include new program parameters for all ages
- ▶ Add performance-based criteria to FSP contracts to ensure continuous improvement of client care
- ▶ Incentivize providers for improved client outcomes in reductions in homelessness, justice involvement, psychiatric hospitalization and increases in independent living
- ▶ Transform Housing FSP to the new Housing and Supportive Services Program

Slide 7

7

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT**

Outpatient Care Services (OCS)

FY 2019-20 Data by Program/Service

- ▶ Provides Community-Based Services, Clinic-Based Services and Wellbeing Services, including:
 - ▶ Transition Age Youth Probation Camps
 - ▶ Transition Age Youth Drop In Centers
 - ▶ Integrated Care Program
 - ▶ Older Adults Training
- ▶ In FY 2019-20 Served
 - ▶ 24,549 Children
 - ▶ 17,971 Transition Age Youth
 - ▶ 57,620 Adults
 - ▶ 14,934 Older Adults

Proposed Changes in the Three-Year Plan

- ▶ No proposed changes at this time

Slide 8

8

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT**

Alternative Crisis Services (ACS)

FY 2019-20 Data by Program/Service

- ▶ Residential Bridging-linkage services for clients with co-occurring mental health and medical issues
- ▶ 8 Urgent Care Centers located in SAs 2, 4, 5, 6, and 8, approx. 122 Beds, 47,435 client contacts
- ▶ Enriched Residential Services -1,401 admissions
- ▶ 10 Crisis Residential Treatment Centers with a total of 147 Beds
- ▶ Law Enforcement Teams fielded 20,995 calls, of which 66% reported being homeless. Of those calls, there were only 646 (3%) arrests.

Proposed Changes in the Three-Year Plan

- ▶ No proposed changes at this time

SLIDE 9

9

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT**

Housing

FY 2019-20 Data by Program/Service

- ▶ \$390M in housing capital investments through No Place Like Home, \$50M additional to be awarded
- ▶ 2,399 tenant-based Permanent Supportive Housing (PSH) units
- ▶ \$10M in ongoing rental subsidies for 413 clients in FSP programs who are homeless with high acuity
- ▶ \$2.4M for 1,082 households for move-in costs needed to transition from homelessness to housing
- ▶ Expanded Enriched Residential Care Program to provide funding for licensed residential facility to serve a final census of 572 clients at FY end
- ▶ 504 interim housing beds to provide 1,129 individuals and 153 families with short-term shelter and case management services

Multi-Yr Housing Investments

- ▶ \$970M for 140 permanent housing developments, funding 3,608 units for individuals with serious mental illness
- ▶ Operating subsidies for 13 of 140 housing developments
- ▶ Housing Full Service Partnership services at 92 housing sites
- ▶ \$500K in funding from the Conrad N. Hilton Foundation for the short-term housing needs of individuals released from prison
- ▶ \$100M to develop PSH at Restorative Care Village sites on hospital campuses

SLIDE 10

10

EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
COMMUNITY SERVICES AND SUPPORTS (CSS) COMPONENT

Housing
 County Initiative to Expand Mental Health Bed Capacity and Improve Service Quality

- ▶ Pilot program to procure various types of beds that are funded by different sources (MHSA, Sales Tax Realignment, SAMHSA)
- ▶ Covid-19 created greater need for beds to:
 - ▶ Focus on prevention and diversion to subacute and open residential treatment beds, as well as crisis residential beds
 - ▶ Decompress County hospital beds
- ▶ Strategy to invest resources in open residential beds associated with
 - ▶ MHSA Alternate Crisis Services-Enriched Residential Services, Crisis Residential Care, Congregate Care and Urgent Care Centers
 - ▶ MHSA Housing-Enriched Residential Care

FY 2020-21 Budget at Gross Cost
 (includes partial implementation of Bed Pilot)

- ▶ Acute Psych Hospitals - \$209M
- ▶ Subacute - \$194M (includes IMD, Medical SNF, State Hospitals & State Hospital Alternatives)
- ▶ Open Residential - \$38M (includes Enriched Residential Services, Crisis Residential, Enriched Residential Care & Congregate Care)
- ▶ Other - \$49M (Urgent Care Center Chairs)

Total Budgeted \$490M

SLIDE 11

11

EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
PREVENTION AND EARLY INTERVENTION (PEI) COMPONENT

Overview

- ▶ Second largest MHSA component with 19% of the total MHSA allocation
- ▶ Focus on providing preventative and early intervention strategies, education, support and outreach to those at risk of developing mental illness or experiencing early symptoms
- ▶ Programs/Service Components include:
 - ▶ Prevention
 - ▶ Early Intervention
 - ▶ Suicide Prevention
 - ▶ Stigma and Discrimination Reduction

SLIDE 12

12

EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT PREVENTION AND EARLY INTERVENTION (PEI) COMPONENT

Priority Populations

- ▶ The Mental Health Services Oversight and Accountability Commission has established PEI Priorities for the new 3-Year Plan
- ▶ DMH allocated PEI funding based on the below priority populations in the previous 3-Year Plan

PEI	% Allocation
Suicide Prevention	2%
SDR	1%
Strengthening Family	12%
Trauma	26%
Families Under Stress	40%
At Risk Youth	14%
Vulnerable Communities	3%
	100%

- ▶ The new 3-Year Plan will continue to align PEI programs and services with the above priority populations, as appropriate.

Slide 13

13

EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT PREVENTION AND EARLY INTERVENTION (PEI) COMPONENT

FY 2019-20 Data by Program/Service

- ▶ Approximately 47,602 unique clients received a direct service
 - ▶ 65% Children, and 19% Transition Age Youth
 - ▶ 45% Hispanic, 9% African American, 8% White, and 2% Asian
 - ▶ 74% primary language of English and 22% primary language of Spanish
 - ▶ 26,381 new clients (44% Hispanic, 8% African American, 8% White, 74% primary language of English and 22% primary language of Spanish)
 - ▶ Below are clients served by Service Area

Service Area	Number of Clients Served	Number of New Clients
SA 1 - Antelope Valley	3,410	2,990
SA 2 - San Fernando Valley	7,396	5,840
SA 3 - San Gabriel Valley	8,494	6,414
SA 4 - Metro	6,329	5,388
SA 5 - West	1,828	1,685
SA 6 - South	6,049	5,163
SA 7 - East	6,720	5,892
SA 8 - South Bay	7,923	6,846

Slide 14

14

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
PREVENTION AND EARLY INTERVENTION (PEI) COMPONENT**

FY 2019-20 Data/Outcomes by Program/Service

- ▶ Provided an array of PEI Programs/Projects, Prevention Programs, Early Intervention Programs, Evidence Based Practices, Promising Practices, Community Defined Programs
- ▶ Early Intervention Programs consistently produces significant symptom reductions pre and post treatment
- ▶ Raised awareness of the importance of mental and emotional wellbeing and health, and the impact of trauma through outreach training and partnerships;
- ▶ Promoted resilience strategies on systems and communities;
- ▶ Built organizational and community capacity to promote wellbeing and resiliency and to recognize and respond to trauma and mental health needs;
- ▶ Built bridges to mental health care when it is requested

SLIDE 15

15

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
PREVENTION AND EARLY INTERVENTION (PEI) COMPONENT**

Continued Work in the Three-Year Plan

- ▶ Expand Community Based Platforms that increase access to preventative supports thru collaborations with other County Departments, including but not limited to Libraries, Parks, DCFS, DPH, DPSS, CEO, and WDACs and other community initiatives that increase access and awareness, including but not limited to School Based Community Access Platforms, Veterans Peers Access Platforms, Transforming LA (Incubation Academy), and Regional Prevention Fund.
- ▶ Collaborate with UCLA on development and launch of an interactive, trauma-focused training platform through the Center of Excellence.
- ▶ Assessed CalMHSA Mini-Grants
- ▶ We Rise Campaign

SLIDE 16

16

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
INNOVATIONS (INN) COMPONENT**

Overview

- ▶ Provides 5% funding for time-sensitive projects that introduce new or improved practices or approaches to the delivery of mental health services.

- ▶ INN projects
 - ▶ INN 2 - Community Capacity Building to Prevent Trauma
 - ▶ INN 3 - Technology Suites
 - ▶ INN 4 - Transcranial Magnetic Stimulation “TMS”
 - ▶ INN 5 - Peer Operated FSP
 - ▶ INN 7 - Therapeutic Transport
 - ▶ INN 8 - Early Psychosis Learning Network
 - ▶ INN 9 - Conservatee Support
 - ▶ TRIESTE

SLIDE 17

17

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
INNOVATIONS (INN) COMPONENT**

Continued Work in the Three-Year Plan

The following projects will require extensions to the original project timeline due to delayed implementation. The timelines will adjust to the 5-year maximum.

- ▶ INN 2 Community Capacity Building to Prevent Trauma-Additional 1-year extension

- ▶ INN 3 Technology Suites-Additional 2-year extension

- ▶ INN 4 TMS - Additional 2-year extension

- ▶ INN 7 Therapeutic Transport-Additional 2-year extension

SLIDE 18

18

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
WORKFORCE EDUCATION AND TRAINING (WET) COMPONENT**

Overview

- ▶ Focused on creating and supporting a workforce that is culturally competent, consumer/family driven and promotes the transformation of mental health services to a strength based approach that is inclusive of recovery, resilience and wellness

Updates for FY 2020-21

- ▶ Proposed use of the MHSA State WET Regional Partnership Grant to fund a Loan Repayment Program similar to the State's Mental Health Loan Assumption Program (MHLAP)
 - ▶ Public review and comment period was July 23, 2020 to August 21, 2020.
- ▶ Proposed suspension of MHSA WET Stipend Program for Fiscal Year 2020-2021 due to the economic impact of COVID-19 resulting in curtailments across County Departments
 - ▶ Curtailments impact recruitment of students who will likely not have the ability to be hired and would be placed at risk of having to repay the stipends.
 - ▶ The public review and comment period was July 15, 2020 to August 13, 2020.

Slide 19

19

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
WORKFORCE EDUCATION AND TRAINING (WET) COMPONENT**

Continued Work in the Three-Year Plan

▶ Training and Technical Assistance: Public Mental Health Partnership	▶ Financial Incentive Programs
▶ Navigator Skill Development Program	▶ Interpreter Training Program
▶ Learning Net System/EventsHub	▶ DMH+UCLA Public Partnership for Wellbeing
▶ Charles R. Drew Affiliation Agreement - Pathways to Health Academy Program	▶ DMH/Harbor-UCLA Post Doctoral Fellowship
▶ Charles R. Drew Affiliation Agreement - Psychiatric Residency Program	▶ Peer Focused Training
▶ Intensive Mental Health Recovery Specialist Training Program	▶ Licensure Preparation Program (MSW, MFT, PSY)
▶ Expanded Employment and Professional Advancement Opportunities for Parent Advocates, Child Advocates and Caregivers in the Public Mental Health System	▶ WET Regional Partnership
	▶ Continuum of Care Reform (CCR)

Slide 20

20

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
CAPITAL FACILITIES/TECHNOLOGY (CAP/IT) COMPONENT**

Overview

- ▶ Capital Facilities funds infrastructure to accommodate the implementation of MHSA programs
- ▶ Technology Needs funds technological supports/projects to advance two overarching MHSA goals
 - ▶ Increase consumer and family empowerment towards providing the tools for secure consumer and family access to health information; and
 - ▶ Modernization of Transformation of clinical and administrative information systems to ensure quality of care, parity, operational efficiencies and effectiveness

SLIDE 21

21

**EXISTING AND PROPOSED NEW PROGRAMS AND SERVICES BY MHSA COMPONENT
CAPITAL FACILITIES/TECHNOLOGY (CAP/IT) COMPONENT**

Proposed Changes in the Three-Year Plan

- ▶ DMH Call Center Modernization Project to design and implement multiple technological and business process improvements.
 - ▶ Improve client care delivery and enhance the Agent experience
 - ▶ Simplify call workflows and case documentation
 - ▶ Build a foundation to grow the DMH ecosystem
 - ▶ Reduce time-to-care with the extension of integration capabilities to Provider and Crisis Response Teams
 - ▶ Drive a reduction in call hold times
 - ▶ Automate call and client analytics

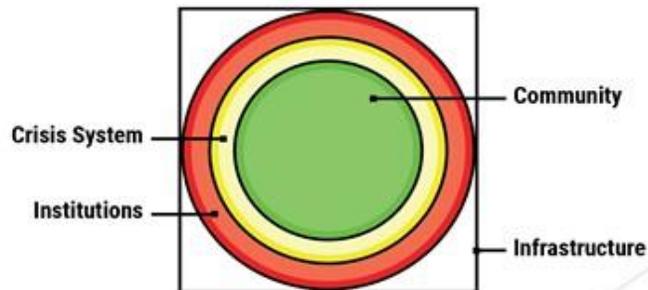
SLIDE 22

22

MHSA Three-Year Program and Expenditure Plan FYs 2021-22 to 2023-24 and the DMH Strategic Plan

- ▶ DMH will align programs and services in the 3-Year plan with the Department's Strategic Plan which is focused on 4 major Domains: Community, Crisis System, Institutions and Infrastructure
- ▶ The Plan will identify how programs and services fit within each domain and the expected outcomes to achieve the goals of the Strategic Plan

DOMAINS FOR OUR STRATEGY



SLIDE 23

23

MHSA Three-Year Program and Expenditure Plan FYs 2021-22 to 2023-24

Questions and Feedback

SLIDE 24

24



25

seed

[C2] PRESENTACIÓN ANTE EL COMITÉ COMPLETO DEL MHC (25 DE MARZO DE 2021)
ADJUNTO: AGENDA Y PRESENTACIÓN POWERPOINT

Se realizó una presentación de seguimiento ante los miembros del comité completo del MHC, la cual se centró en los comentarios de las partes interesadas y las disparidades. Así mismo, se presentó un resumen presupuestario de la asignación y el financiamiento remanente conforme a la MHA.

seguimiento

APÉNDICE D – COMENTARIOS PÚBLICOS Y RESPUESTAS

Se insertará tras la audiencia pública.

Página dejada en blanco intencionalmente

APÉNDICE E – AUDIENCIA PÚBLICA
ADJUNTO: AGENDA, PRESENTACIÓN Y ACTA

Se insertará tras la audiencia pública.

Página dejada en blanco intencionalmente

APÉNDICE F – CARTA Y ACTA ADOPTADAS POR LA JUNTA DE SUPERVISORES DEL CONDADO

Se insertará tras la audiencia pública.

Página dejada en blanco intencionalmente

APÉNDICE G – SIGLAS

ACS:	Alternative Crisis Services	FCCS:	Field Capable Clinical Services
ACT:	Assertive Community Treatment	FFP:	Federal Financial Participation
ADLS:	Assisted Daily Living Skills	FFT:	Functional Family Therapy
AF-CBT	Alternatives for Families - Cognitive Behavioral Therapy	FOCUS:	Families Overcoming Under Stress
AI:	Aging Initiative	FSP(s):	Full Service Partnership(s)
AILSP:	American Indian Life Skills Program	FSP/PSS:	Full Service Partnership
APF:	American Psychiatric Foundation	FSS:	Family Support Services
ARF:	Adult Residential Facility	FY:	Fiscal Year
ART:	Aggression Replacement Training	Group CBT:	Group Cognitive Behavioral Therapy
ASD:	Anti-Stigma and Discrimination	GROW:	General Relief Opportunities for Work
ASIST:	Applied Suicide Intervention Skills Training	GVRI:	Gang Violence Reduction Initiative
ASL:	American Sign Language	HIPAA:	Health Insurance Portability and Accountability Act
BSFT:	Brief Strategic Family Therapy	HOME:	Homeless Outreach and Mobile Engagement
CaSWEC:	CA Social Work Education Center	HSRC:	Harder-Company Community Research
CAPPS:	Center for the Assessment and Prevention of Prodromal States	HWLA:	Healthy Way Los Angeles
CBITS:	Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools	IBHIS:	Integrated Behavioral Health System
CBO:	Community-Based Organizations	ICC:	Intensive Care Coordination
CBT:	Cognitive Behavioral Therapy	ICM:	Integrated Clinic Model
CDE:	Community Defined Evidence	IEP(s):	Individualized Education Program
CDOL:	Center for Distance and Online Learning	IFCCS:	Intensive Field Capable Clinical Services
CEO:	Chief Executive Office	IHBS:	Intensive Home Base Services
CF:	Capital Facilities	ILP:	Independent Living Program
CFOF:	Caring for our Families	IMD:	Institution for Mental Disease
CaMH:	California Institute for Behavioral Health	Ind CBT:	Individual Cognitive Behavioral Therapy
CMHDA:	California Mental Health Directors' Association	IMHT:	Integrated Mobile Health Team
CORS:	Crisis Oriented Recovery Services	IMPACT:	Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment
COTS:	Commercial-Off-The-Shelf	IMR:	Illness Management Recovery
CPP:	Child Parent Psychotherapy	INN:	Innovation
CSS:	Community Services & Supports	IPT:	Interpersonal Psychotherapy for Depression
C-SSRS:	Columbia-Suicide Severity Rating Scale	IS:	Integrated System
CTF:	Community Treatment Facility	ISM:	Integrated Service Management model
CW:	Countywide	ITP:	Interpreter Training Program
DBT:	Dialectical Behavioral Therapy	IY:	Incredible Years
DCES:	Diabetes Camping and Educational Services	KEC:	Key Event Change
DCFS:	DCFS Los Angeles County Department of Children and Family Services	KHEIR:	Korean Health, Education, Information and Research
DHS:	Department of Health Services	LACDMH:	Los Angeles County Department of Mental Health
DMH:	Department of Mental Health	LAPD:	Los Angeles Police Department
DPH:	Department of Public Health	LGBTQ:	Lesbian/Gay/Bisexual/Transgender/Questioning
DTQI:	Depression Treatment Quality Improvement	LIFE:	Loving Intervention Family Enrichment
EBP(s):	Evidence Based Practice(s)	LIHP:	Low Income Health Plan
ECBI:	Eyeberg Child Behavioral Inventory	LPP:	Licensure Preparation Program

ECC:	Education Coordinating Council	MAP:	Managing and Adapting Practice
EESP:	Emergency Shelter Program	MAST:	Mosaic for Assessment of Student Threats
EPSDT:	Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment	MDFT:	Multidimensional Family Therapy
ER:	Emergency Room	MDT:	Multidisciplinary Team
MFT:	Masters in Family and Therapy	RFSQ:	Request For Statement of Qualifications
MH:	Mental Health	ROSTCP:	Recovery Oriented Supervision Training and Consultation Program
MHC:	Mental Health Clinic	RPP:	Reflective Parenting Program
MHCLP:	Mental Health Court Linkage Program	RRSR:	Recognizing and Responding to Suicide Risk
MHFA:	Mental Health First Aide	SA:	Service Area
MHIP:	Mental Health Integration Program	SAAC:	Service Area Advisory Committee
MHRC:	Mental Health Rehabilitation Center	SAPC:	Su Substance Prevention and Control
MHSA:	Mental Health Services Act	SED:	Severely Emotionally Disturbed
MHSOAC:	Mental Health Services Oversight and Accountability Commission	SF:	Strengthening Families Program
MMSE:	Mini-Mental State Examination	SH:	State Hospital
MORS:	Milestones of Recovery Scale	SLT:	System Leadership Team
MOU:	Memorandum of Understanding	SNF:	Skilled Nursing Facility
MP:	Mindful Parenting	SPC:	Suicide Prevention Center
MPAP:	Make Parenting a Pleasure	SPMI:	Severe and Persistently Mentally Ill
MPG:	Mindful Parenting Groups	SS:	Seeking Safety
MST:	Multisystemic Therapy	START:	School Threat Assessment And Response Team
NACo:	National Association of Counties	TAY:	Transitional Age Youth
NFP:	Nurse Family Partnerships	TF-CBT:	Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy
OA:	Older Adult	TN:	Technological Needs
OACT:	Older Adult Care Teams	Triple P:	Triple P Positive Parenting Program
OASCOC:	Older Adult System of Care	TSV:	Targeted School Violence
OBPP:	Olweus Bullying Prevention Program	UC:	Usual Care
OEF:	Operation Enduring Freedom	UCC(s):	Urgent Care Center(s)
OEP:	Outreach and Education Pilot	UCLA:	University of California, Los Angeles
OMA:	Outcome Measures Application	UCLA TTM:	UCLA Ties Transition Model
OND:	Operation New Dawn	VALOR:	Veterans' and Loved Ones Recovery
OQ:	Outcome Questionnaire	WCRSEC:	Women's Community Reintegration Service and Education Centers
PATHS:	Providing Alternative Thinking Strategies	WET:	Workforce Education and Training
PCIT:	Parent-Child Interaction Therapy	YOQ:	Youth Outcome Questionnaire
PDAT:	Public Defender Advocacy Team	YOQ-SR:	Youth Outcome Questionnaire – Status Report
PE:	Prolonged Exposure	YTD:	Year To Date
PEARLS:	Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors		
PEI:	Prevention and Early Intervention		
PEMR(s):	Probation Electronic Medical Records		
PE-PTSD:	Prolonged Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder		
PMHS:	Public Mental Health System		

PMRT:	Psychiatric Mobile Response Team
PRISM:	Peer-Run Integrated Services Management
PRRCH:	Peer-Run Respite Care Homes
PSH:	Permanent Supportive Housing
PSP:	Partners in Suicide Prevention
PST:	Problem Solving Therapy
PTSD:	Post-Traumatic Stress Disorder
PTSD-RI:	Post-Traumatic Stress Disorder – Reaction Index
QPR:	Question, Persuade and Refer
RFS:	Request For Services

Grupo de Edad de adultos: Rango de edades entre 25 y 59 años.

Grupo de Edad de niños: Rango de edades entre 0 y 15 años.

Los contactos de clientes se basan en el reporte de los directores del programa conforme al Apéndice 6 correspondiente al ejercicio 2013-2014.

Las cifras de los centros administrados por usuarios se basan en los contactos de los usuarios que utilizan facturación de servicios comunitarios. Datos al mes de diciembre de 2017.

Los usuarios nuevos de servicios y recursos comunitarios podrían haber recibido un servicio de salud mental no asociado a la MHSA.

Los usuarios nuevos de intervención temprana y prevención podrían haber recibido un servicio de salud mental no asociado a la MHSA.

Grupo de edad de adultos mayores: Rango de edades sobre 60 años.

Grupo de edad de jóvenes en edad de transición: Rango de edades entre 16 y 25 años.

El cálculo del costo total del paciente se basa en los servicios bajo el Modo 15, incluida la Participación Financiera Federal (FFP) y temprano

total de la población que participó del programa LYP (n = 1010). Los resultados se basan en este subgrupo. Se ha notado una variación de presentaciones clínicas en este grupo. Mientras que la mayoría de los clientes presentaba continuamente desordenes de depresión o ansiedad, también era común encontrar diagnósticos de trastornos del desarrollo, traumas y el uso de sustancias. Aunque se reportaron un intento de suicidio y 24 hospitalizaciones psiquiátricas durante el año fiscal 2019-2020, solo 12 de las hospitalizaciones y el intento de suicidio ocurrieron entre este subgrupo LACDMH. Afortunadamente, y como en otros años del programa, no hubo ningún caso de suicidio. Se ha brindado divulgación, educación y servicios clínicos a 27 escuelas y a toda la comunidad. El personal del programa está capacitado en ocho PBE (prácticas basadas en la evidencia) diferentes. El personal administrativo centró mucho sus devoluciones el eje del programa sobre las actividades relacionadas con el COVID-19, como también las lecciones aprendidas durante la larga historia del programa. Ellos están orgullosos del paso en la Cámara de Representantes de los Estados Unidos de la Ley de Servicios de Salud Mental para estudiantes, que está basada en el diseño del programa LYP. La autora del proyecto de ley es la Representante Grace F. Napolitano, una fuerte defensora del programa LYP de la clínica del Pacífico (Pacific Clinic) desde su comienzo.

D2. Línea de asistencia para crisis 24/7

Durante el año fiscal 2019-2020, la línea de asistencia 24/7 para la prevención de suicidio respondió un total de 133,837 llamadas, comunicaciones de chat y mensajes, provenientes del Condado de Los Ángeles, incluyendo la línea de prevención de crisis en idioma español, 12.588 personas. También están disponibles servicios en lenguaje coreano y vietnamita en la línea de asistencia para crisis. Adicionalmente, varios eventos de divulgación fueron realizados por Los Ángeles y el Condado de Orange.

Tabla 43. Análisis de llamadas

Llamadas totales	112,878
Chats totales	20,949
Mensajes totales	10
Total*	133,837

* Llamadas desde Lifeline, Lifeline en español, línea local SPC, línea para adolescentes, y angustia por desastre.

Tabla 44. Llamadas totales por lengua

Coreano	85
Español	12,588
Inglés	100,205
Total	112,878

Figura 30. volumen de llamados, chats y mensajes por mes

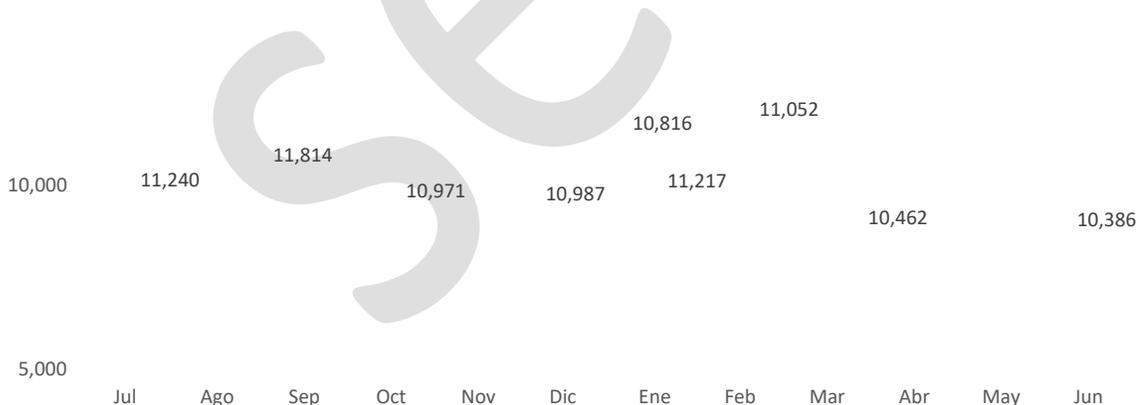


Tabla 45. Llamadas y chats por etnia

Etnia	Llamadas (n = 46,850)	Chats (n = 19,339)
Blanco	37%	59%
Hispánico	35%	13%
Negro	10%	11%
Asiático	9%	7%
Nativo americano	1%	1%
Islas del pacífico	1%	0%
Otras razas	8%	0%

Tabla 46. Llamadas y chats por grupo de edad

Grupo de Edad	Llamadas (n = 57,690)	Chats (n = 20,437)
5 a 14	6%	18%
15 a 24	37%	52%
25 a 34	26%	19%
35 a 44	12%	6%
45 a 54	8%	3%
55 a 64	7%	1%
65 a 74	3%	1%

Evaluación de Riesgo de Suicidio	Llamadas	Chats
Historial de diagnóstico psiquiátrico	42%	37%
Intento de suicidio previo	26%	28%
Abuso de sustancias - anterior o actual	16%	6%
Superviviente de suicidio	8%	4%
Acceso a armas	3%	4%

4
85 y más
de el riesgo de
0%
personas que llaman presentan crisis o problemas relacionados al suicidio que son evaluados por estos factores de riesgo. Los porcentajes son calculados en base al número total de llamados en los que el suicidio o crisis estuvieron presentes como tema.

Tabla 48. Estado del riesgo de suicidio

Estado de Riesgo de Suicidio	Llamadas (n = 40,712)	Chats (n = 5,750)
Riesgo bajo	49%	49%
Riesgo de bajo a moderado	25%	21%
Riesgo moderado	13%	15%
Riesgo alto a moderado	5%	6%
Riesgo alto	8%	8%
Intento en progreso	1%	0%

son calculados en base al número total de llamados en los que el suicidio o crisis estuvieron presentes como tema.

La evaluación se realiza en base a los cuatro principios fundamentales del riesgo de suicidio: deseos de suicidio, capacidad para suicidarse, intención de suicidio y mediadores/ conectividad. El riesgo de una persona que llama a la línea de asistencia está determinado por la presencia de la combinación de dichos principios fundamentales. Por ejemplo, una persona que reporta solo haber tenido el deseo de suicidarse, así como también mediadores, estaría categorizada como de bajo riesgo. Una persona que llama con deseos de suicidarse, capacidad e intenciones de hacerlo, sería categorizada como de alto riesgo, sin importar la presencia de mediadores.

Resultados de las Intervenciones: Intención Autoevaluada

A las personas que llaman se les hace la pregunta “En una escala del 1 al 5, ¿Qué tan probable es que actúes de acuerdo con tus pensamientos suicidas y sentimientos en este momento, donde 1 representa que no hay probabilidades y 5 que hay muchas probabilidades?” Quienes llaman. puntúan su intención tanto al principio como al final de la llamada. Nota: Estos datos constan en las llamadas donde la información fue reportada.

Figura 31. Autoevaluación en llamadas por intento de suicidio



D3. Los Resultados de la Prevención del Suicidio

LACDMH ha elegido implementar un programa de prevención del suicidio en forma de capacitaciones y educación que ha demostrado tener eficacia cuando se pretende cambiar actitudes, conocimientos y/o comportamientos acerca del suicidio. Dentro de los participantes podemos encontrar: primeros interventores, maestros, miembros de la comunidad, padres, estudiantes y profesionales de la salud.

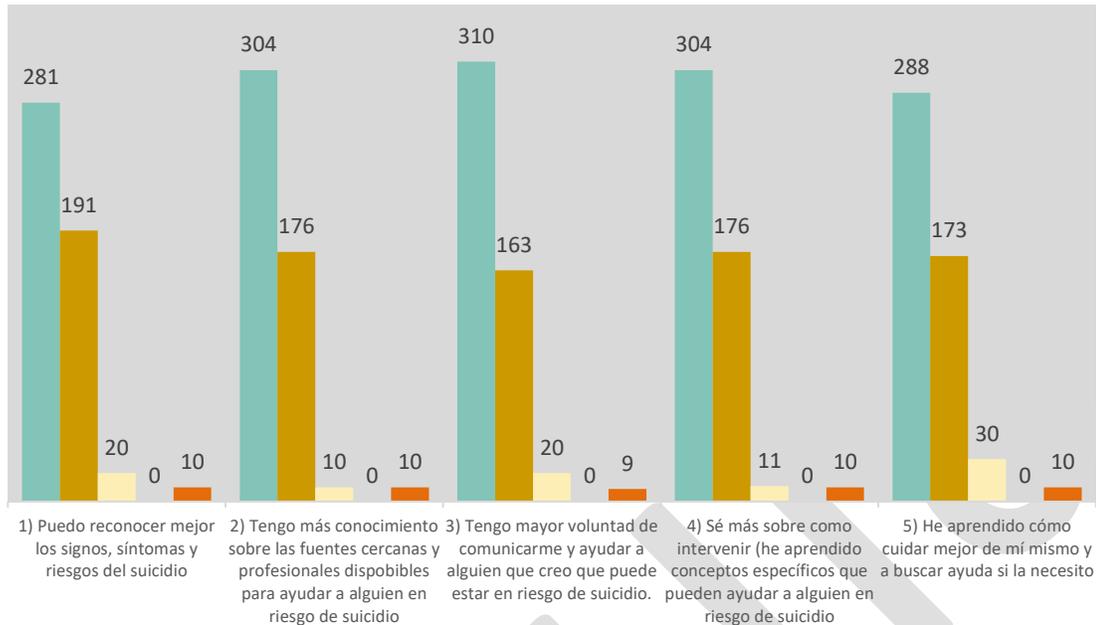
Para determinar la eficacia de la capacitación sobre la prevención del suicidio, el Condado ha utilizado el cuestionario realizado a participantes del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto de Ciencias del Comportamiento de California (California Institute of Behavioral Health Services, CIBHS), que cuantifica el impacto de las capacitaciones en las actitudes, conocimientos y comportamientos de los participantes en relación con el suicidio. Adicionalmente, el cuestionario mide la calidad de la capacitación y cuestiones demográficas. Esta redacción discute los resultados de los datos analizados obtenidos de 541 encuestas recibidas en esas capacitaciones durante el año fiscal 2019-2020. El cuestionario está disponible en los 13 idiomas clave el condado, así también en hmong. Todas las encuestas recibidas estaban en idioma inglés.

Los tres objetivos principales del programa de Prevención del Suicidio son 1) incrementar el conocimiento sobre suicidio y formas de ayudar a alguien que tal vez esté en riesgo de suicidio; 2) incrementar la voluntad de ayudar a alguien que tal vez esté en riesgo de suicidio; 3) incrementar la probabilidad de que los participantes busquen ayuda para ellos mismos cuando lo necesiten. Las clasificaciones son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que la capacitación logró su/s objetivo/s, y estar en desacuerdo sugiere lo contrario.

El análisis de datos de los resultados de la encuesta en el siguiente gráfico muestra que al menos el 92% de los participantes estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo con los 5 temas, sugiriendo que generalmente los programas de Prevención del Suicidio tienen éxito logrando sus objetivos. A continuación, se mencionan algunos aspectos a destacar de los datos analizados:

- El alto porcentaje de personas de acuerdo con el tema 2: 96% de acuerdo (35%) o totalmente de acuerdo (67%) en que *“como resultado directo de esta capacitación, tengo más conocimiento sobre recursos profesionales y de compañeros que hay disponibles para ayudar a personas que están en riesgo de suicidio”*,
- El porcentaje más bajo de personas de acuerdo fue con la cuestión 5: (92%) de acuerdo (35%) o totalmente de acuerdo (57%) en que *“como resultado directo de esta capacitación, he aprendido como cuidar mejor de mí mismo y de aquellos que necesitan mi ayuda”*
- Una amplia mayoría de los participantes estuvo totalmente de acuerdo con las 5 cuestiones, desde el porcentaje más bajo del 56% totalmente de acuerdo con el tema 1 hasta el porcentaje más alto del 62% totalmente de acuerdo con el número 3.

Figura 33. Respuestas a la capacitación en prevención del suicidio



El cuestionario incluye tres temas en el siguiente gráfico que evalúan la calidad de las capacitaciones para la prevención del suicidio. Las clasificaciones son: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni en desacuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estar de acuerdo sugiere que el participante tuvo una percepción positiva sobre la calidad de la capacitación y estar en desacuerdo sugiere lo contrario. Los participantes tendieron a tener una visión extremadamente positiva sobre la calidad de la capacitación, especialmente sobre los presentadores:

- El porcentaje más alto, del 97% estuvo de acuerdo (20%) o totalmente de acuerdo (77%) con el tema 1, “*el presentador demostró tener conocimiento en la materia,*”
- El segundo porcentaje más alto, de un 96% estuvo de acuerdo (20%) o totalmente de acuerdo (76%) con la cuestión 2, “*los presentadores fueron respetuosos con mi cultura (raza, etnia, género, religión, etc.).*”

Figura 34. Respuestas a la capacitación en prevención del suicidio

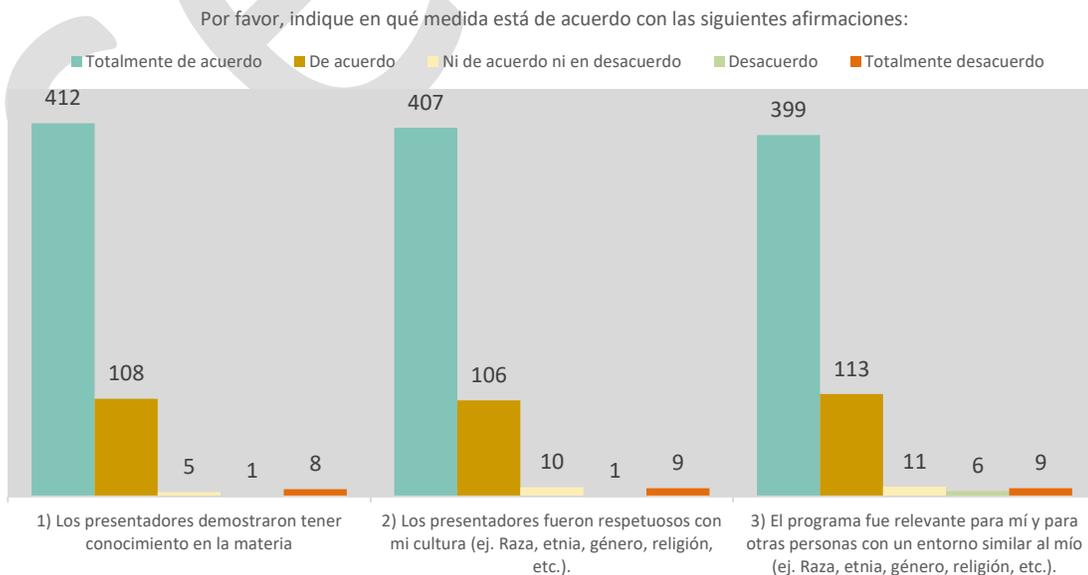


Tabla 49. AF 2019-20 Demografía de la encuesta

Identidad de Género	Femenino - 75% Masculino - 21%	No responde - 4%
Grupo de Edad	Jóvenes en transición (16-25) - 17% Adultos (26-59) - 73%	No responde - 4% Adulto mayor (60+) - 6%
Raza	Blanco - 22% Afroamericano - 15% Asiático - 7%	Otro - 33% No responde - 14% Más de una raza - 8%
Orientación sexual	Heterosexual - 82% Gay/Lesbiana - 3% Bisexual - 4%	Género no binario - 1% No respondió - 9%
Etnia	Centroamericano - 11% Europeo - 5% Más de una etnia- 9% Filipino - 2% Mexicano/Chicano - 36%	Otro - 15% No responde - 22% Africana - 3% Oriente Medio - 2%
Veteranos	Si - 5% No - 93% No responde - 2%	
Discapacitados	Si - 10% No - 82% No responde - 8%	
Lengua Materna	Inglés - 74% Español - 10% Armenio - 1%	Otro - 7% No responde - 8%

D4. Equipo de Asistencia a la Evaluación a la Amenaza Escolar (School Threat Assessment Response, START)

En el año fiscal 2019-20, START brindó 5.102 servicios a 809 individuos tanto con riesgo de suicidio como de homicidio: se registraron 168 casos abiertos. Los organismos de seguridad y las escuelas continúan siendo las dos principales fuentes de referencia. Después de ofrecer servicios durante años en el Condado, START se ha convertido en uno de los mayores recursos para el control de las crisis violentas, además de las fuerzas de seguridad.

El personal sanitario ha determinado cuál es su estado actual: solo para consultas, seguimiento limitado para casos que representen o no una amenaza, reciben servicios de otros proveedores de servicios de salud mental, o declinar los servicios de START, y un seguimiento activo identificados como casos abiertos.

En el año fiscal 2019-20, 147 casos masculinos y 21 femeninos fueron abiertos, y 101 de esos casos ocurrieron entre las edades de 0-15 años; 55 entre edades de 16-25 años; 12 entre edades de 25-59 años. La mayoría de los usuarios era inglés nativo (148), seguido por el idioma español (17). Casi la mitad de los casos abiertos fueron identificados como hispanicos, en un 46%. La segunda mayoría los clientes identificados como blancos, en un 23% y en tercer lugar se encuentra el grupo étnico afroamericano con un 15%. Para satisfacer las necesidades culturales de los clientes, un tercio de los sanitarios de START hablan la lengua española.

Los resultados del reporte para el año fiscal 2019-20 se basaron en una combinación de herramientas de evaluación, información colateral, observaciones clínicas y otros recursos de confianza. Las tres herramientas de evaluación consistían en la escala de severidad establecidas por Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), la Estructura de Evaluación del Riesgo de Violencia en la Juventud (Structured Assessment of Violence Risk in Youth, SAVRY) y la Evaluación de Riesgo de Violencia en el Lugar de Trabajo (Workplace Assessment of Violence Risk-21, WAVR-21). Estas tres herramientas no realizan un cálculo cuantitativo de los niveles de riesgo, pero sí presentan los factores. Los clínicos subjetivamente se basan en cada factor de riesgo para determinar el nivel de riesgo total en cada herramienta y después concluir el nivel de riesgo final después de revisar la información recolectada de todas las fuentes mencionadas anteriormente.

Tanto el grupo de riesgo de suicidio alto como moderado demostraron una disminución en los niveles que presentaban los clientes que accedieron a las intervenciones de START. 17 clientes (10.12%) fueron referidos al programa START con un riesgo de suicidio alto y el nivel disminuyó a un solo cliente (0.60%) mientras el servicio de START progresaba. 20 clientes (11.90%) presentaron riesgo moderado de suicidio en los contactos iniciales y la cifra decreció a 15 (8.93%) con las intervenciones de START. En cuanto al grupo de bajo riesgo de suicidio, 131 clientes (77.98%) incrementó a 152 (90.47%) después de recibir intervenciones continuas del programa START.

Tabla 50. Cambios en los niveles de riesgo de suicidio entre el contacto inicial y el más reciente

Nivel de riesgo	Nivel de Riesgo Inicial	Nivel de riesgo de suicidio reciente
Alto	17 (10.12%)	1 (0.60%)
Moderado	20 (11.90%)	15 (8.93%)
Bajo	131 (77.98%)	152 (90.47%)
Abandono	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Total	168	168

En el año fiscal 2019-20, los niveles de los clientes decayeron tanto en grupos de riesgo alto y moderado gracias a las intervenciones de START:

- Doce (12) clientes (7.14%) fueron clasificados con alto riesgo de violencia al comienzo del servicio y la cifra descendió a 3 clientes (1.79%) a través de los ciclos del programa.
- Setenta (70) clientes (41.67%) presentaron riesgo moderado en los contactos iniciales y la cifra descendió a 24 clientes (14.29%) mientras se otorgaba el servicio.
- En cuanto al grupo de bajo riesgo de violencia, 86 clientes (51.19%) incrementó a 135 (80.35%) después de permanecer en el programa START.
- No se identificaron (después del último reporte) niveles de violencia para 6 clientes (3.57%) ya que abandonaron el programa en una etapa temprana.

Tabla 51. Cambio en los riesgos de violencia entre en contacto inicial y el más reciente

Nivel de Riesgo	Nivel de Riesgo Inicial	Nivel de Riesgo de Suicidio Reciente
Alto	12 (7.14%)	3 (1.79%)
Moderado	70 (41.67%)	24 (14.29%)
Bajo	86 (51.19%)	135 (80.35%)
Abandono	0 (0.00%)	6 (3.57%)
Total	168 (100%)	168 (100%)

Los sanitarios no pudieron contactar al cliente, pero siguen el caso activamente a través de otros profesionales.

START proporcionó 68 capacitaciones a 3,823 participantes. Los temas de la capacitación incluían acoso escolar, reducción de comportamientos violentos, violencia en determinadas escuelas, orientación a los servicios de START, prevención del suicidio, conciencia sobre la salud mental y divulgación.

START tiene una larga trayectoria trabajando junto a varios equipos de manejo de amenazas en el Community College District (LACCD) de Los Ángeles, la comunidad estudiantil más grande del país. A través de la asociación con el departamento del Sheriff y la LACCD, START ha establecido un protocolo para manejar las amenazas en establecimientos educativos. Los servicios incluyen: la facultad de consulta en el manejo de amenazas; monitoreo cercano de individuos potencialmente violentos; desarrollo de planes de gestión de amenazas e intervenciones específicas a individuos, capacitaciones para estudiantes y sus familias; y una conexión a un amplio rango de fuentes comunitarias. Adicionalmente, START participa en la Evaluación de Amenazas de LAUSD (Threat Assessment Response Partners, TARP) colaborativamente, y el equipo de evaluación Regional para educación secundaria (Threat Assessment Regional Group Evaluation Team, TARGET) para proveer consultas y capacitaciones que sean necesarias para casos de amenazas. START continuará su misión de ser impulsor para establecer la seguridad y un ambiente escolar sano en el Condado.

■ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	
Anterior al año fiscal 2019-20	Anterior al año fiscal 2018-19
\$20.0 millones Gastos Brutos Totales	\$18.7 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2019-20	Plan para tres años fiscales 2021-24
\$23.3 millones Gasto Bruto Estimado	\$50.9 millones Gasto Bruto Estimado

Actualmente, la única cuenta de cliente es para los programas MHA con modo directo 15 (prevención).

Todas las sumas en dólares en esta tabla representan un gasto bruto y no incluyen el costo de administración del programa.

EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PERSONAL LABORAL (WORKFORCE EDUCATION AND TRAINING, WET)

Estado	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Modificado	<input type="checkbox"/> Suspendido
Descripción del programa				
<p>El plan MHSA – WET del Condado de Los Ángeles trata de abordar los conceptos fundamentales de crear y brindar apoyo al personal (tanto el actual como el del futuro) que sea competente culturalmente, orientado hacia el consumidor y su familia, y que promueva la transformación de los servicios de salud mental para crear una base sólida inclusiva, abierta a la recuperación, la resiliencia y el bienestar. Estos principios son las piedras angulares de MHSA. El plan provee oportunidades para reclutar, capacitar y actualizar la capacitación del personal de salud mental para aquellos quienes cumplan estas directrices.</p>				

AF 2019-20 ✓ EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL Datos y Resultados

- I. Capacitación y Asistencia Técnica: Asociación de Salud Mental (Public Mental Health Partnership, PMHP)
 La misión de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA)- LACDMH PMHP es implementar una capacitación y actividades de asistencia técnica ejemplar focalizadas en las poblaciones vulnerables con enfermedades mentales graves, de forma que se alcance la excelencia en asistencia a la salud mental en todo el Condado; y hacerlo en un contexto de transparencia y confianza entre asociaciones trabajando con LACDMH, que genera beneficios tanto para UCLA como para las comunidades de salud pública. El PMHP está comprometido en dos secciones focalizadas en las enfermedades mentales graves – la Iniciativa para Psiquiatría Comunitaria (Initiative for Community Psychiatry, ICP) y el Programa de Entrenamiento e Implementación (FSP, Training and Implementation Program).

Tabla 52. Asociaciones con la Salud Mental Pública

Capacitación	Servicios Ofrecidos
Iniciativa por la Comunidad de Psiquiatría	
Talleres de entrenamiento curricular esencial (HOME)	<ul style="list-style-type: none"> Talleres de 10 días con cada Área de Servicio Creación de un manual HOME
Asesoría con líderes enlace con las personas sin hogar,	Consultas y capacitaciones en base a la necesidad
Garantía de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Creación de plantillas sobre el proceso de los casos Desarrollo de una evaluación de cliente HOME
Entrenamiento e Implementación FSP	
Entrenamiento y Capacitación en persona y a través de Zoom	<ul style="list-style-type: none"> Planificación y Desarrollo 100 capacitaciones y consultas FSP Desempeño de funciones en paralelo en FSP Visita a los sitios de FSP Entrenamiento de supervisores FSP Conferencia FSP Entrenamiento colaborativo FSP
Garantía de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de la Propuesta Campeones del Entrenamiento FSP Preguntas frecuentes de conservación finales Devolución sobre las métricas de los resultados Devolución sobre las métricas acerca de la fidelidad 3 grupos de discusión para adultos de FSP
Innovación para la mejora del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> Preparar y repartir boletines informativos grupales Reporte de Terapia Ocupacional Guía del Equipo de FSP para “Mantener un compromiso significativo con los clientes” Desarrollar una librería en línea para FSP Crear una lista de psiquiatras

Capacitación	Servicios Ofrecidos
Cursos de extensión de UCLA	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un currículum para rol y funciones de asesores de trastornos de uso de sustancias en un equipo multidisciplinario. • 14 cursos de 3 horas
Evaluación de AOT	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte Trimestral (2) • Revisión de HSRC • Reporte final
Proyectos de Basic T	<ul style="list-style-type: none"> • Reclutamiento e Integración: <ul style="list-style-type: none"> ○ Becas postdoctorales (1) ○ Ingreso temprano a la neuropsicología (2) ○ Trabajadores sociales (2) ○ Planes de capacitación para becarios post doctorales • Se provee entrenamiento interno para el personal de todas las disciplinas • Responder a las referencias de LACDMH para una Evaluación Neuropsicológica Integral (CNA) para los clientes. • Se llevan a cabo CNAs para 10 niños en Palmdale • 4 capacitaciones para 100 psicólogos LACDMH
Entrenamientos y consultas para adultos mayores	
Club de periodismo OACT MD	6 sesiones
Entrenamiento didáctico	10 sesiones
Desarrollo de capacitación para currículum	30 horas
Educación continua	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de currículum • Consultas a demanda y entre compañeros • Desarrollo de habilidades para evaluación (consultas uno a uno entre compañeros) • Currículum especialmente desarrollado sobre el COVID-19 para Promotores De Salud Mental • Promotores capacitados y organizaciones basadas en la comunidad y opción religiosa en COVID-19

J. Programa de Desarrollo de Habilidades del Navegador

- **Capacitación Certificada de Navegación de la Salud**
Este programa da formación a empleados como: trabajadores comunitarios, trabajadores de casos médicos, asesores en casos de abuso de sustancias, especialistas y sus supervisores, en conocimientos y habilidades necesarias para asistir a los consumidores y asesorar tanto en los sistemas de salud pública como de salud mental. Debido al COVID-19, la selección y dictado de esta capacitación ha sido retrasada y potencialmente postergada para el año fiscal 2020-21.
- **Capacitación Certificada de Navegación de la Salud Familiar**
Esta capacitación entrena al personal que trabaja con familiares de niños y se lleva a cabo en el sistema público de salud mental para guiar y asistir en consultas médicas sobre las necesidades de sus hijos, tanto en el sistema público de salud como en el de salud mental. Debido al COVID-19, la selección y dictado de esta capacitación ha sido retrasada y potencialmente postergada para el año fiscal 2020-21.
- **Programa de Entrenamiento para Interpretes (Interpreter Training Program, ITP)**
ITP ofrece capacitaciones para el personal bilingüe que actualmente trabaje o esté interesado en ofrecer servicios de interpretación, y también para personas que solo hablan inglés y son proveedores de salud. El uso de intérpretes lingüística y culturalmente competentes es importante para saltar la brecha lingüística y cultural cuando se brindan servicios públicos de salud mental. Debido al COVID-19, este entrenamiento adicionalmente programado no fue ofrecido.

Tabla 53. Resultados ITP para el año fiscal 2019-20

Capacitación	Número de participantes
Acrecentando la terminología de salud mental en mandarín	18
Acrecentando la terminología de salud mental en español	83
introducción a la interpretación en ambientes de salud mental	24
Totales	125

K. Sistema de Enseñanza Neto

LACDMH está desarrollando un sistema de registro en línea que maneja tanto el proceso de registro como el pago de las capacitaciones y las conferencias coordinadas por LACDMH. Este sistema está siendo desarrollado en fases múltiples y se espera que sea completado en el año fiscal 2020-21.

L. Acuerdo de Afiliación Charles R. Drew – Camino Hacia un Programa de Salud Académico

Este programa de prácticas es para estudiantes de secundaria del Área de Servicio 6 interesados en carreras en el campo de la salud del comportamiento, incluyendo la salud mental. Durante el año fiscal 2019-20, 36 estudiantes participaron, teniendo un 94% de representación las comunidades tradicionalmente marginadas. De esos estudiantes, el 66% hablaba una segunda lengua.

M. Acuerdo de Afiliación Charles R. Drew Agreement – Programa de Residencia en Psiquiatría

La Universidad Charles Drew (Charles Drew University, CDU) fue contratada para desarrollar un programa de residencia en psiquiatría, y para manejar, administrar y coordinar capacitaciones de psiquiatras residentes en las instalaciones de DHS y LACDMH, también en la misma Universidad y en instalaciones privadas sin fines de lucro contratadas en colaboración con el Condado.

La primera clase comenzó en el año académico 2018-19 y en cuanto a la capacidad del programa, habrá 24 becarios que van desde el año de Postgrado hasta IV. La primera clase se graduará en junio del año 2022.

Tabla 54. Resultados para el año fiscal 2019-20

Posgraduados	Número de residentes en psiquiatría	Rotaciones
Año 1 posgraduados	6	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mes de la integración se realiza en CDU • Administración de veteranos (VA) Long Beach (Psiquiatría intrahospitalaria): 4 meses • Rancho Los Amigos (Medicina intrahospitalaria): 2 meses • Rancho Los Amigos (Neurología): 2 meses • Kedren (Medicina externa): 2 meses • Harbor-UCLA (Psiquiatría de emergencia): 1 mes
Año 2 posgraduados	6	<ul style="list-style-type: none"> • VA Long Beach (Psiquiatría intrahospitalaria): 3 meses • VA Long Beach (Coordinación y cooperación): 2 meses • VA Long Beach (Psiquiatría de emergencia): 1 mes • VA Long Beach (Abuso de sustancias): 2 meses • VA Long Beach (Psiquiatría geriátrica): 1 mes • Kedren (Psiquiatría intrahospitalaria): 1 mes • Resnick Neuropsych Hospital UCLA (Psiquiatría para niños y adolescentes): 2 meses

La rotación de los posgraduados en Segundo año representa aproximaciones. Las rotaciones individuales varían en el Segundo año dependiendo en el área de foco.

N. Programa de Entrenamiento para Especialista en Recuperación de la Salud Mental

Este programa prepara a individuos, usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, con un mínimo de 2 años de créditos universitario, para trabajar en el campo de la salud mental como un especialista en rehabilitación psicosocial. Este programa es brindado en conjunto con un contratado y una universidad comunitaria local. La finalización exitosa de este programa asegura que los participantes estén cualificados para aplicar a oportunidades de carrera en un nivel de dirección en el sistema de salud mental público. Debido al COVID-19, un solo grupo pudo completar esta capacitación.

Durante el año fiscal 2019-20, 21 de los individuos que completaron la capacitación, un 81% representaban a poblaciones marginadas, y un 57% habla una segunda lengua además del inglés.

O. Oportunidades Laborales y Crecimiento Profesional para Defensores de Padres, Defensores de Niños y Cuidadores en el Sistema Público de Salud Mental

▪ **Programa de Entrenamiento para Padres Socios**

Este programa promueve el conocimiento y las habilidades relevantes para individuos interesados en trabajar como Defensor de Padres/Socios de los Padres en el sistema público de salud mental, asistiendo a familias y sus niños. Esto realza la resiliencia, el bienestar y la comprensión, incrementando la disponibilidad de un personal orientado a la autoayuda, bienestar personal y resiliencia basada en el empoderamiento de su rol. Por último, el programa de capacitación ofrece empleos a los padres y cuidadores de niños y adolescentes que son usuarios. Durante el año fiscal 2019-20, 96 padres fueron capacitados. Debido al COVID-19, este programa experimentó una reducción en la formación impartida.

▪ **Simposio del Programa de Entrenamiento de Padres**

El simposio de tres días fue llevado a cabo en dos ocasiones durante el año fiscal y asistieron aproximadamente 164 padres socios, en cada simposio. Estas oportunidades de capacitación cubrieron un amplio rango de temas, incluyendo: integración de trastornos coexistentes/cuidado; problemas con la justicia criminal; intervención de crisis y apoyo de estrategias; educación; empleo; situación de mendicidad; vivienda; hospitalizaciones; asuntos LGBTQI; adultos mayores; hogares residenciales y agrupamientos de vivienda; prevención del suicidio; etc. Debido al COVID-19, este programa experimentó una reducción en la formación impartida.

▪ **Programa Honesto, Abierto y Orguloso**

A través del Instituto de Tecnología de Illinois (Illinois Institute of Technology), LACDMH ofreció asistencia técnica a participantes que hayan completado la capacitación durante el año fiscal 2018-19. Debido al COVID-19, solo un participante pudo aprovechar las ventajas de la asistencia técnica ofrecida durante el año fiscal 2019-20. Se planean para los años siguientes componentes adicionales para esta capacitación.

▪ **Programa de Inclusión Comunitaria y Apoyo entre Compañeros**

A través del esfuerzo que supone esta capacitación, el Condado ha garantizado un entrenador para desarrollar y ofrecer entrenamiento y asistencia técnica para ayudar al sistema de salud en la implementación de herramientas y prácticas para promover y generar más participación comunitaria en la recuperación, a través de habilidades de Compañeros que brindan apoyo. Durante el año fiscal 2019-20, 74 individuos completaron esta formación. Se planea para los años siguientes componentes adicionales para esta capacitación.

▪ **Plan de Acción para la Recuperación y el Bienestar (Wellness Recovery Action Plan, WRAP)**

El programa WRAP capacitará a los participantes a través del proceso de identificación de su bienestar personal y como utilizar estos recursos como guía en la vida diaria, lidiando con los miedos, las señales tempranas de advertencia y los indicadores de que pueda haber un riesgo de derrumbe mental, y desarrollar directivas avanzadas para planes tras la crisis. Debido al COVID-19, ningún componente de este entrenamiento fue brindado durante el año fiscal 2019-20. Se proyecta que esta capacitación será impartida en los años fiscales subsiguientes.

- Reforma de Atención Continua (Continuum of Care Reform, CCR)**
 La ley de asamblea 403, (Assembly Bill, AB), también conocida como CCR, brinda una transformación comprensiva del sistema de asistencia sanitaria que se provee a las personas en situación de acogida con la intención de sostener un plan de permanencia para los jóvenes de acogida y sus familias. Esta legislación trae cuatro cambios significativos para los hogares grupales y sus respectivos proveedores que necesitan obtener formación sobre el cumplimiento legislativo y una preparación adecuada. Para alcanzar ese objetivo, LACDMH ofreció las siguientes capacitaciones que incluyen temas tales como introducción a la salud mental, diagnóstico y evaluación, y autocuidado:

Tabla 55. Capacitación CCR

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>CCR: Panorama del proceso del Equipo de Infancia y Familia (Child and Family, CFT)</p> <p>AF 2019-20: 20 participantes</p>	<p>Esta capacitación brindará un panorama de cómo se utiliza el proceso de CFT en el CCR. En el CCR, el proceso de CFT es el vehículo de toma de decisiones para la planificación de casos y entrega de servicios. Esta capacitación revisará los elementos involucrados en el proceso de CFT, los miembros del equipo y sus roles. A su vez, identifica los elementos del Modelo de Práctica Central Integrada incorporados en el proceso de CFT y su papel otorgando servicios colaborativos. Los participantes aprenderán estrategias de participación y la importancia de mantener la voz y la elección de los niños y la familia en el centro. Los participantes aprenderán estrategias para hacer equipos de forma efectiva con niños y familias, y apoyos formales e informales. Esta capacitación revisará cómo la formación de equipos puede promover resultados de permanencia positivos y asistir con el cumplimiento de las necesidades subyacentes de los niños. La capacitación utiliza estrategias de aprendizaje tanto didácticas como experimentales para apoyar la transferencia de conocimientos.</p>
<p>CCR: Panorama del modelo de Práctica Central Integrada (Integrated Core Practice, CPM)</p> <p>AF 2019-20: 292 participantes</p>	<p>Esta capacitación brinda un panorama de los estándares de práctica de ICPM, CCR. Enfatiza la expansión del Modelo de Práctica Central de California, incluyendo los valores, principios y elementos centrales; algunos debates adicionales incorporan los componentes que giran alrededor de la práctica del modelo y los comportamientos. Los participantes aprenderán a utilizar estrategias de formación de equipos entre agencias, al mismo tiempo que se brindan servicios a niños y familias involucradas en el sistema de Bienestar Infantil. La voz y elección del niño y la familia son de vital importancia y son apoyados utilizando un enfoque basado en la fortaleza y bien informado sobre el trauma. Una revisión de la seguridad, permanencia y bienestar promueve los principios del modelo a lo largo de la capacitación. Por último, las estrategias de aprendizaje tanto didácticas como experimentales ayudan a la mejora de la aplicación del entendimiento y los conocimientos.</p>
<p>Elaboración de Afirmaciones y Servicios de Necesidades Subyacentes (NECESIDADES SUBYACENTES)</p> <p>AF 2019-20: 25 participantes</p>	<p>Esta capacitación brinda información sobre las Necesidades Subyacentes y su aplicación en el proceso de CCR. Prepara a los proveedores para identificar la relación entre las necesidades subyacentes y el comportamiento de la juventud, así como también a enfatizar la importancia de la participación de jóvenes y familias y de empoderar su voz y elección. Los participantes aprenderán enfoques para la formación de equipos y colaboración efectiva con niños y familias y apoyos formales e informales. La incorporación de la cultura de la familia y las fuerzas funcionales informan sobre la afirmación basada en la necesidad y el desarrollo del apoyo de servicios individualizados para jóvenes y familias en el sistema de Bienestar Infantil. Las actividades de aprendizaje tanto didácticas como experimentales ayudan a mejorar el entendimiento, conocimientos, habilidades e implementación de estrategias de capacitación.</p>
<p>Participación de la juventud en libertad condicional (LIBERTAD CONDICIONAL)</p> <p>AF 2019-20: 397 participantes</p>	<p>Esta capacitación brindará conocimientos a la audiencia para reconocer y entender el trauma cuando se observa en la juventud bajo libertad condicional por medio de un enfoque informado sobre el trauma. Se examina el impacto del trauma y sus efectos en el cerebro, el apego, la fisiología y las relaciones sociales. El panorama incluye debates sobre el enfoque informado sobre el trauma, la sensibilidad cultural y las necesidades subyacentes. Se exploran las estrategias para la participación, así como también la sensibilización del personal sobre su contratransferencia. Las actividades en grupo se incorporan para mejorar la aplicación del aprendizaje y abordar los comportamientos desafiantes. Por último, el entrenamiento cubre el tema del autocuidado, y los participantes desarrollarán estrategias de autocuidado para sí mismos.</p>

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Todo lo que Quería Saber sobre la Psicofarmacología: Efectos Secundarios de los Medicamentos (MEDICAMENTOS)</p> <p>AF 2019-20: 397 participantes</p>	<p>Este taller brinda una introducción a los efectos secundarios comunes que pueden experimentar los jóvenes cuando se les prescribe medicamentos psicotrópicos. Se revisará la neurobiología básica y el rol de los neurotransmisores en la respuesta de la enfermedad psiquiátrica/medicación, junto a una actualización sobre los efectos deseados, la duración de la acción y los perfiles de efectos secundarios de los antidepresivos, estimulantes, medicamentos ansiolíticos y medicamentos antipsicóticos. Se revisarán e ilustrarán las diferencias entre una respuesta alérgica y un efecto secundario. Se abordará el rol de la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para entender cómo los medicamentos salen al mercado y se monitorean los efectos secundarios. Las diferencias culturales (en base a la genética de la población) se ilustrarán para demostrar por qué ciertas enfermedades/síndromes son más comunes en algunos grupos, mientras que los efectos secundarios pueden ocurrir con mayor frecuencia en algunas poblaciones y no en otras.</p>
<p>Colocación de la Juventud LGBTQ+: Estrategias e intervenciones (LGBTQ)</p> <p>AF 2019-20: 241 participantes</p>	<p>Esta capacitación busca brindar a la audiencia un mejor entendimiento del trauma y las barreras específicas de la juventud LGBTQ+ en los sistemas de bienestar infantil y de libertad condicional. Se utilizará un enfoque basado en el trauma para concientizar a los participantes sobre los desafíos específicos que afectan a esta población vulnerable. Al utilizar un enfoque culturalmente sensible, los capacitadores enfatizarán la terminología LGBTQ+ apropiada y también explorarán el impacto del estigma y el trauma, particularmente, como se relaciona con la juventud de color LGBTQ+. Esta capacitación debate sobre cómo la comunidad impacta a la juventud LGBTQ+ y sugiere estrategias para apoyar las conexiones positivas. Los participantes aprenderán sobre el Modelo de Desarrollo de Identidad de Helm para conceptualizar el proceso de “salir del armario” y cómo emplear enfoques saludables en sus interacciones diarias con estos jóvenes. Los capacitadores brindarán aplicaciones prácticas para abordar el acoso, los desafíos de las personas LGBTQ+, el proceso de aceptación de su orientación sexual y el modelo CFT. Las actividades grupales mejorarán el aprendizaje y aumentarán la sensibilización de cada uno por cómo se relaciona con esta población.</p>
<p>Valores y Habilidades de Permanencia para el Bienestar de los Niños, Libertad Condicional y Profesionales de la Salud Mental (PERMANENCIA)</p> <p>AF 2019-20: 110 participantes</p>	<p>Cada niño necesita una familia “sin importar qué” por toda su vida. Esto incluye a los niños con necesidades especiales, grupos de hermanos, adolescentes mayores y niños de diferentes contextos y culturas. Los adolescentes necesitan familias de por vida, habilidades para una vida adulta exitosa y recursos para apoyar su seguridad y bienestar. Uno de los valores principales del CCR es la permanencia. Esta capacitación apoya el objetivo de permanencia de los niños y los jóvenes involucrados en el sistema de bienestar infantil. Los debates de la capacitación incluyen el entendimiento del valor de tomar un enfoque “ambos/y” (“both/and”) al trabajar con niños y jóvenes, así como también las habilidades y estrategias de aprendizaje que ayudan a alcanzar una familia “sin importar qué” para cada niño. Las intervenciones prácticas basadas en cada caso se incorporan para mejorar la aplicación del enfoque con respuesta al trauma basado en equipos de 5 pasos. La capacitación también brindará herramientas para abordar y trabajar con jóvenes que dicen “no” a la permanencia. Por último, se les da estrategias a los participantes para apoyar el logro de la permanencia para los niños y jóvenes involucrados en el sistema de bienestar infantil, incluyendo los que proceden del contexto de una residencia.</p>
<p>Prevención de Brotes: Estrategias de Reducción Informadas para el Trauma (REDUCCIÓN)</p> <p>AF 2019-20: 634 participantes</p>	<p>Esta capacitación busca brindar al personal del Proveedor de Contratos y Libertad Condicional, DCFS y LACDMH conocimientos para reconocer y entender mejor el trauma cuando se observa en niños y jóvenes; abordar el impacto del trauma en el cerebro y proveer estrategias de cuidado informadas sobre el trauma utilizando un enfoque apropiado del desarrollo y culturalmente relevante. Esta capacitación revisará el ascenso de las fases de aumento, las pistas sobre la fase de reducción y también ofrecerá intervenciones informadas sobre el trauma para cada fase incluyendo detalles sobre el proceso de la sesión informativa y estrategias para la prevención del comportamiento de autolesión. Finalmente, se debate sobre la importancia del autocuidado, y los participantes desarrollan estrategias de autocuidado para su uso.</p>

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Participación de la Juventud Fugitiva en Colocación: Panorama y Estrategias para la Respuesta (FUGITIVOS)</p> <p>AF 2019-20: 30 participantes</p>	<p>La mayoría de los jóvenes fugitivos tienen dificultades con el abuso de sustancias y problemas de salud mental, poseen un alto riesgo de ser víctimas del tráfico sexual y tienen tasas más altas de implicación en el sistema judicial juvenil. La capacitación incrementará el entendimiento de los participantes sobre las características de los jóvenes que huyen y el impacto de las experiencias traumáticas y el desarrollo sobre el comportamiento de la huida. Proporcionará estrategias para reducir el riesgo de huida, incluyendo recomendaciones de políticas, prácticas, capacitación e implicación directa con jóvenes. El programa tomará un enfoque basado en casos para el diseño de estrategias que puedan ser implementadas para reducir el riesgo de huida. Tras la introducción del contenido central, los participantes revisarán información de casos utilizando un enfoque multidisciplinar y colaborativo para asistirlos en la identificación de estrategias efectivas para involucrar a los jóvenes y reducir el riesgo de huida. Los equipos aprenderán a desarrollar planes de seguridad que abarcan la prevención del comportamiento de huida y la intervención.</p>
<p>Autocuidado para proveedores (AUTOCAUIDADO)</p> <p>AF 2019-20: 21 participantes</p>	<p>Esta capacitación prepara a los proveedores de CCR a identificar la relación entre la fatiga de compasión y las estrategias de autocuidado. El autocuidado y el bienestar general son componentes esenciales para prevenir la fatiga de compasión y apoyar los servicios de calidad. El debate incluirá los factores de riesgo, signos e impacto asociados con la fatiga de compasión. Los participantes aprenderán la relación entre la cultura y el autocuidado. También, se revisarán enfoques de prevención importantes para mitigar el riesgo de la fatiga de compasión e incrementar el autocuidado y la resiliencia. Se aborda la identificación e integración de las estrategias del autocuidado en la práctica diaria. Por último, esta capacitación incorpora aprendizaje tanto didáctico como experimental para apoyar la transferencia de entendimiento, conocimiento e integración de los objetivos de la capacitación.</p>
<p>Supervisión de clínicos que brindan cuidados informados sobre el trauma a niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil, Juventud y Familias (Supervision of Clinicians Providing Trauma-Informed Care to Child Welfare Involved Children, Youth, and Families, STIC)</p> <p>AF 2019-20: 78 participantes</p>	<p>Esta capacitación de seis horas revisará el uso de la supervisión basada en la competencia y los componentes esenciales del cuidado informado sobre el trauma para fines de implementación y supervisión. La supervisión informada sobre el trauma se conoce por sus atributos de factores de protección y, en conjunto con el apoyo de autocuidado informado sobre el trauma, son críticos para el apoyo del personal. (Por favor, tenga en cuenta: la supervisión informada sobre el trauma hace referencia a la seguridad, el respeto y la confianza dentro de la relación de supervisión). Se explorarán los conocimientos, habilidades y entendimientos en cuanto al cuidado informado sobre el trauma, trauma secundario, el rol de supervisión entre estos y las prácticas positivas de autocuidado. Esta capacitación será altamente experimental, centrada en las habilidades y en la mejora del entendimiento utilizando viñetas y juego de roles entre el capacitador y los participantes.</p>
<p>Supervisión de trauma indirecto de clínicos que brindan cuidados informados sobre el trauma a niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil, Juventud y Familias (Supervision of Vicarious Trauma of Clinicians Providing Trauma-Informed Care to Child Welfare Involved Children, Youth, and Families, SVT)</p> <p>AF 2019-20: 98 participantes</p>	<p>Específicamente aborda el impacto del trauma indirecto sobre los sanitarios, así como también en los supervisores de los clínicos que trabajan en la complejidad de los traumas. Se incluye en el debate el rol de la supervisión basada en la competencia como un factor protector para el personal sanitario y su impacto de factor facilitador sobre el tratamiento de eficacia en los clientes. Esta capacitación tendrá componentes tanto didácticos como experimentales e incorpora estrategias de supervisión basadas en la competencia aplicables al trabajo en el cuidado informado sobre el trauma. Las viñetas ayudarán a mejorar el entendimiento y la implementación del contenido al rol de la supervisión. El componente experimental de la capacitación aborda la resiliencia psicológica tanto del supervisor como del supervisado, promoviendo el bienestar y la salud de ambos en el contexto del trabajo sobre el trauma.</p>

<p>Prácticas informadas sobre el trauma para niños involucrados en el sistema de Bienestar Infantil y Familiar (Trauma-Informed Practice for Child Welfare Involved Children and Families, TIC)</p> <p>AF 2019-20: 370 participantes</p>	<p>Esta capacitación fundamental de cuidados informada sobre el trauma apoya el requerimiento de CCR de que los servicios brindados a los niños y familias en el sistema de bienestar infantil son informados acerca del trauma. Esta formación introduce las habilidades clave y esenciales de recuperación del trauma que el personal y los programas pueden usar para brindar un panorama informado sobre el trauma, orientado a la seguridad para los jóvenes y las familias. Se les brindará a los participantes un panorama sobre las implicaciones del trauma de desarrollo en el cerebro y el comportamiento. Los participantes aprenderán herramientas para reconocer los comportamientos relacionados con el trauma y a responder de formas que promuevan la resiliencia. Esta capacitación revisará las estrategias de práctica para involucrar de forma efectiva a jóvenes de acogida que han experimentado el trauma. Como resultado de esta capacitación, los participantes obtendrán conocimientos y habilidades para brindar servicios por medio de un enfoque informado sobre el trauma.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

se requiera

Capacitación	Servicio Ofrecido
<p>Curso de Primeros Auxilios de Salud Mental Juvenil (Youth Mental Health First Aid Course, YMHFA)</p> <p>AF 2019-20: 35 participantes</p>	<p>Primeros Auxilios de Salud Mental enseña un plan de acción de 5 pasos para ofrecer ayuda inicial a personas con signos y síntomas de una enfermedad mental o que estén sufriendo una crisis, y los pone en contacto con el profesional adecuado, compañero, social o de autocuidado. Cualquier persona puede realizar el curso de 8-horas de Primeros Auxilios de Salud Mental – personal de primera línea, estudiantes, profesores, líderes de comunidades espirituales, profesionales de recursos humanos, y miembros de comunidades humanitarias.</p>
<p>Jóvenes con Discapacidades del Desarrollo y Enfermedad Mental: Descripción e Intervenciones (Youth with Developmental Disabilities and Mental Illness: Overview and Interventions, MHDD)</p> <p>AF 2019-20: 22 participan</p>	<p>El Programa para las Discapacidades del Desarrollo Coexistentes (CDD) enseña a los profesionales de la salud mental a evaluar y tratar los problemas de salud mental que los usuarios con CDD tienen un alto riesgo de desarrollar. El currículo proporcionará a los participantes con herramientas para diferenciar un problema de salud mental con la discapacidad intelectual/de desarrollo y a tratar el problema mental junto a un contexto de CDD también. Durante la capacitación, los participantes aprenderán a aplicar el Manual de diagnóstico – Discapacidad intelectual (DM-ID-2): Un Manual sobre la Diagnóstico de los Desórdenes Mentales en la Persona con Problema(s) de Salud Mental Intelectual. El conocimiento y la experiencia en relación a estas herramientas para el diagnóstico están tomando más valor cada vez como un complemento al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V).</p>

P. Programas de incentivo financiero

- **Incentivo a la Devolución de los Préstamos a Estudiantes de Psiquiatría en Salud Mental (Student Loan Repayment Incentive, MHP)**
LACDMH ofrece incentivos financieros para quienes tienen un saldo pendiente y son estudiantes a tiempo completo de MHP y a supervisores de MHP que hayan completado un año de servicio continuo en LACDMH y hayan tenido préstamos activos, impagos, de graduados, médicos o estudiantiles. Son elegibles los psiquiatras que no hayan participado o hayan obtenido financiación del equipo de incentivo y reclutamiento de MHP y recibirán un montón anual máximo de hasta \$50,000 por un periodo de cinco años lo que equivale a que la persona puede recibir un total \$250,000 en toda su vida. Durante el año fiscal 2019- 20, 17 los psiquiatras expertos en salud mental recibieron la asignación. De ellos, 13 (76%) se identifican como una minoría étnica y (41%) hablaba una segunda lengua.
- **Programa de Incentivo para Contratación de Nuevos Empleados de MHP**
Este programa tiene como meta reclutar a potenciales psiquiatras para ofrecerles empleo en el sistema público de salud mental. Para los candidatos elegibles que sean empleados a tiempo completo en MHP y supervisores de MHP que hayan completado un año de servicio continuo en LACDMH y que no hayan participado ni recibido un programa de incentivo financiero, está disponible un bono único de \$50,000 que consiste en \$25,000 después de la finalización del primer año de servicio continuo en LACDMH, y otro pago adicional de \$25,000 una vez que se finalice el segundo año de servicio continuo. Durante el año fiscal 2019-20, dos personas fueron reclutadas y premiadas con este bono.
- **Reembolso por Reubicación de MHP**
Está disponible para empleados a tiempo completo recientemente contratados por MHP o Supervisores MHP que hayan sido reclutados por LACDMH. El monto máximo de reembolso por reubicaciones elegibles es de \$15,000. Si el empleado renuncia a LACDMH dentro del primer año de empleo, el monto completo debe ser reembolsado. Durante el año fiscal 2019-20, un individuo obtuvo este reembolso.
- **Programa de Gratificación para MSW, MFT, y Enfermeras del Área Psiquiátrica**
LACDMH provee a los estudiantes de segundo año gratificaciones educativas del monto de \$18,500 a cambio de una obligación contractual para asegurar empleo en un área difícil de cubrir en el Condado por un mínimo de un año. Este programa apunta a estudiantes que son

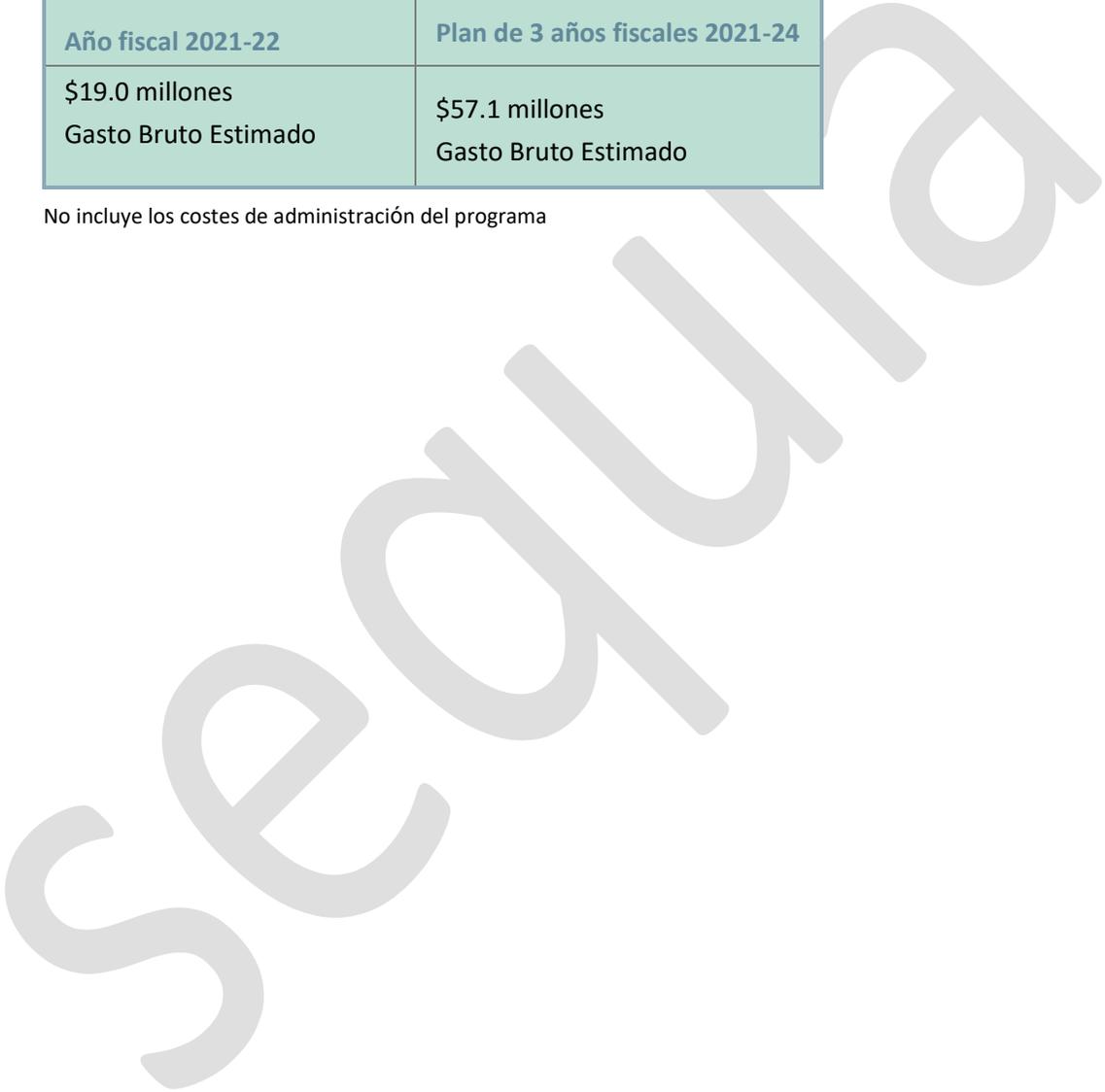
lingüística y culturalmente aptos para asistir a quienes tradicionalmente pertenecen a poblaciones marginadas. Durante el año fiscal 2019-20, este programa ha beneficiado a 4 practicantes de enfermería, 70 estudiantes MFT y 70 estudiantes MSW. Durante este ciclo,

sequia

todas las gratificaciones fueron otorgadas. De las personas que lo recibieron, el 81% se identifica como población tradicionalmente marginada. Además, un 78% habla uno de los idiomas principales del Condado.

■ EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
Previo al año fiscal 2019-20	Previo al año fiscal 2018-19
\$14.8 millones Gastos Brutos Totales	\$15.9 millones Gastos Brutos Totales
Año fiscal 2021-22	Plan de 3 años fiscales 2021-24
\$19.0 millones Gasto Bruto Estimado	\$57.1 millones Gasto Bruto Estimado

No incluye los costes de administración del programa



sequia