

Resumen ejecutivo

Proceso de Planificación de Salud Mental de Berkeley Ley de servicios de salud mental Servicios y apoyos comunitarios

Noviembre 28 de 2005

Visión general

La ley de servicios de salud mental (MHSA, por sus siglas en inglés) es una ley del Estado de California que fue aprobada por los votantes en noviembre de 2004. Esta ley grava un impuesto del 1% sobre cada dólar de los ingresos anuales ganados por encima de \$1 millón. Con base en una fórmula, el Estado asigna estos ingresos tributarios a los departamentos de salud mental del condado y de la ciudad con el propósito de mejorar los servicios de salud mental. En lo que respecta a la MHSA, hay cinco corrientes de financiamiento: Servicios y apoyos comunitarios, Prevención e intervención temprana, Instalaciones y tecnología capitales, Desarrollo de fuerza laboral y Programas innovadores. El Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) del Estado decidió divulgar los requisitos de planificación por etapas, comenzando con los Servicios y apoyos comunitarios (CSS, por sus siglas en inglés). El plan borrador aquí resumido, representa el alcance colectivo y el trabajo de planificación de mucha gente de las ciudades de Berkeley y Albany.

El proceso de planificación de Berkeley/Albany comenzó antes de que se aprobara la MHSA. El personal, los comisionados y los consumidores de Salud Mental de Berkeley/Albany y las demás partes interesadas comenzaron a trabajar con empeño. A las personas involucradas en las actividades de planificación se les pidió que asistieran a reuniones por todo el estado, que leyeran y evaluaran los requisitos de planificación del estado, que interpretaran los datos de utilización, que revisaran las guías, que emplearan las herramientas de selección, que examinaran los resultados de las encuestas, que revisaran las propuestas y, lo más importante, que encontraran formas de escuchar e involucrar a una mayor parte de la comunidad en las decisiones tomadas sobre los servicios de salud mental. Los participantes de los grupos de planificación se esforzaron por mantener sus principios de guía y los conceptos de planificación fundamentales de los CSS de la MHSA: colaboración, competencia cultural, que sean orientados al consumidor y la familia, que se concentren en el bienestar/recuperación/resistencia e integración de los servicios.

Buscamos y escuchamos una amplia variedad de voces diversas. Como se podría esperar de un esfuerzo de planificación abierta en Berkeley, hubo retos para el proceso – incluir más gente, garantizar que se escucharan las voces claves, responder a preguntas sobre nuestra dirección. Escuchamos a quienes se sentían excluidos y perjudicados por el sistema de salud mental, a quienes elogiaron la ayuda que habían recibido y a muchos otros que sabían muy poco del sistema de salud mental. Esta información obtenida de las partes interesadas se combinó con los requisitos de

planificación estatales, los datos y el debate en vivo para decidir cuál era la mejor forma de gastar los fondos limitados disponibles.

Estructura de la planificación

El proceso de planificación de la MHSA de Berkeley/Albany fue organizado en cinco grupos de trabajo guiados por un Comité de dirección:

Miembros del Comité de dirección:

El Comité de dirección estuvo conformado por los representantes de:

- los consumidores
- los miembros familiares
- la Comisión de Salud Mental de Berkeley/Albany
- el Grupo de trabajo de competencia cultural de Salud Mental de Berkeley
- el Sindicato internacional de empleados de servicios, Local 535
- el personal de línea de Salud Mental de Berkeley
- la vinculación del consumidor de Salud Mental de Berkeley
- el personal administrativo de Salud Mental de Berkeley
- la Alianza Nacional para Enfermos Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés)
- el Director de Salud Mental
- el Departamento de Vivienda de Berkeley
- el Planificador Líder de la MHSA
- el asistente de planificación de la MHSA

Grupos de trabajo

Se desarrollaron los siguientes grupos de trabajo para observar las necesidades de servicio para poblaciones particulares:

- Consumidores
- Jóvenes y familias
- Jóvenes en edad de transición (16 a 24 años)
- Adultos
- Adultos mayores

Los cuatro grupos de planificación basados en la edad, reflejan los requisitos de planificación del DMH y estuvieron conformados por los consumidores, los miembros familiares, el personal de salud mental, los Comisionados de Salud Mental y los representantes de las agencias comunitarias y de las escuelas locales. El grupo de Consumidores se desarrolló para respaldar la participación activa de los consumidores en la planificación y para garantizar que se escuchara la voz del consumidor durante todo el proceso.

Además de participar en los grupos anteriores, las partes interesadas de Berkeley también estuvieron involucradas en el proceso de planificación del Condado de Alameda. El proceso del Condado de Alameda se estructuró similar al proceso de Berkeley. Un Equipo de administración del proyecto condujo el trabajo. Cuatro paneles

de planificación basados en la edad, algunos de los cuales se dividieron en subgrupos, desarrollaron las propuestas. Un Comité de las partes interesadas revisó las propuestas de planificación y junto con el personal administrativo de salud mental elaboró el plan final. El personal de Berkeley y los comisionados estuvieron involucrados en el Equipo de administración del proyecto del Condado, en el Comité de las partes interesadas y en los aspectos de cada uno de los cuatros procesos de planificación basados en los grupos de edad.

Proceso de planificación

El proceso de planificación de Salud Mental de Berkeley/Albany estuvo conformado por cuatro pasos: enlace con la comunidad, identificación de los asuntos de la comunidad, análisis de las necesidades de salud mental para escoger los asuntos prioritarios y desarrollo de recomendaciones de servicio. Estos pasos siguieron un modelo lógico esbozado por el DMH para los procesos de planificación local.

1. Enlace con la comunidad

Se hicieron sesenta y siete (67) reuniones para obtener sugerencias de la comunidad/enlace durante un periodo de seis meses, a las cuales asistieron unas 600 personas. Se repartieron formularios de encuesta en tres idiomas que fueron levemente modificados por algunos grupos de trabajo para que fueran más relevantes para las poblaciones particulares. Se recibieron trescientos cuarenta y cinco (345) respuestas a la encuesta. La información obtenida de las reuniones y de las encuestas fue clasificada según los asuntos que preocupaban a la comunidad. Se anexa una lista completa de las reuniones.

2. Identificar los problemas de la comunidad

Este es un muestreo de lo que escuchamos de la comunidad:

La falta de hogar fue el asunto más frecuente que mencionó la comunidad. Este asunto incluyó las reacciones ante la falta de viviendas asequibles y la falta de servicios para ayudar a todas las personas que podrían beneficiarse.

La falta de conocimiento sobre el sistema de salud mental y sus servicios se mencionó en la mayoría de las reuniones. Algunos no tenían idea de qué servicios se ofrecían y querían que dicha información estuviera más disponible. Otros se sintieron excluidos por el sistema. Varios miembros de la comunidad no vieron que su cultura o idioma se reflejara en el sistema de servicios de salud mental. Los defensores de los discapacitados dijeron que el sistema tenía que saber más sobre las necesidades especializadas de quienes tienen problemas de salud mental y que también son sordos, ciegos o tienen otras discapacidades físicas.

Los consumidores de salud mental expresaron muchas opiniones. Algunos sintieron que los servicios que recibieron salvaron sus vidas; otros sintieron que no se respetaron sus elecciones en el proceso de tratamiento. Se expresaron quejas sobre la

falta de alternativas para la gente que está experimentando una situación de crisis. Algunos sintieron que el sistema era confuso y fragmentado.

Los miembros familiares expresaron su frustración con el sistema de salud mental. Se sintieron omitidos y excluidos por algunos miembros del personal mientras le brindaban apoyo diario a sus miembros familiares. Un miembro familiar dijo: “yo soy el director de caso, yo sé lo que le está pasando a mi hijo antes que el personal de aquí”. Aunque algunos miembros familiares expresaron su gratitud a los grupos de apoyo familiar manejados por Salud Mental de Berkeley, también sintieron que el personal no entendió bien sus puntos de vista.

Los servicios no acogieron bien las diversas culturas: Los miembros de las comunidades latina, afro-americana y de ciudadanos mayores querían ver los servicios disponibles en diversas ubicaciones de sus vecindarios. Los líderes asiáticos y latinos nos recordaron que los miembros de sus comunidades evitarían los servicios llamados “de salud mental”. También hicieron énfasis en la importancia de orientar hacia la familia la forma en que se ofrecen los servicios.

Fallas escolares. Quienes trabajan con niños estaban preocupados por la forma en que muchos de ellos “son pasados por alto”. Algunos niños no tenían acceso a un seguro de salud. Muchos proveedores a nivel escolar y comunitario no entendían porque algunos niños que parecían tener problemas de salud mental significativos no resultaban elegibles para los servicios hasta que eran hospitalizados o detenidos. Otro asunto que se planteó fue que, incluso para los niños que califican para un rango de servicios de apoyo, estos servicios no están bien coordinados.

Los jóvenes en edad de transición sintieron los sistemas más grandes, incluyendo el de salud mental, los servicios sociales y la justicia, frecuentemente les complicaban la vida y no los ayudaban. Expresaron su frustración por no saber a dónde ir ni para qué. Querían el apoyo de gente con la cual se pudieran relacionar, que pudiera animarlos y que no tratara de controlarlos. Quienes trabajan con los jóvenes en edad de transición hicieron énfasis en que para proveerle servicios a esta población, hay una necesidad de establecer relaciones coherentes y formas flexibles de ocuparse de la juventud.

Los adultos mayores querían saber cómo acceder a servicios a su alcance. Sentían que luchaban contra un “doble estigma”, de envejecimiento y de enfermedad mental. El abuso de sustancias fue una preocupación seria en esta población al igual que el aislamiento. Algunos ancianos sin hogar se sentían inseguros de poder acceder a albergues y otros servicios para personas sin hogar. Se expresaron preocupaciones por las necesidades de cuidados de la salud física junto con historias de que los problemas médicos no se diagnosticaban adecuadamente porque la persona también tenía una discapacidad psiquiátrica.

Estos son algunos de los asuntos expresados a través del proceso de planificación. A todos lados donde fuimos, la gente estaba abierta a compartir sus preocupaciones y sugerencias sobre cómo hacer mejoras.

3. Analizar las necesidades / Escoger los asuntos prioritarios

A los participantes de los grupos de trabajo se les pidió que escogieran qué asuntos deberían convertirse en el centro de la planificación de los CSS de la MHSA. Además de escuchar a la comunidad, el Condado de Alameda proveyó datos sobre quienes reciben los servicios. Al observar dichos datos, las tendencias generales se hicieron evidentes:

- En todos los grupos de edad, los asiáticos y los latinos no estaban recibiendo los servicios al nivel en que sus comunidades están representadas en la población de Berkeley/Albany
- Los afro-americanos estaban sobre-representados en la población de servicio
- Los niños tenían la tasa más alta de recepción de servicios
- Los jóvenes en edad de transición y las personas con más de 65 años de edad fueron quienes menos servicios recibieron

De estos datos se sacaron algunas conclusiones:

- Salud mental no tiene formas adecuadas o efectivas de llegar a la mayoría de poblaciones étnicas; a los jóvenes en edad de transición y a las personas con más de 65 años de edad;
- Los afro-americanos no están recibiendo un servicio adecuado; e
- Incluso al doblar la capacidad del sistema de salud mental actual no se satisfarían las necesidades estimadas de la comunidad.

Con base en toda la información obtenida, los grupos de trabajo le dieron prioridad a los siguientes asuntos:

<i>Nombre del grupo de trabajo</i>	<i>Asuntos prioritarios</i>
<i>Grupo de trabajo para los consumidores</i>	Falta de hogar/Falta de vivienda asequible Incapacidad de manejar la independencia
<i>Grupo de trabajo para los niños y las familias</i>	Fallas escolares Falta de capacidad lingüística/personal de grupos étnicos
<i>Grupo de trabajo para los jóvenes en edad de transición</i>	Falta de hogar, encarcelamiento
<i>Grupo de trabajo para los adultos</i>	Falta de hogar, Incapacidad de manejar la independencia
<i>Grupo de trabajo para los adultos mayores</i>	Falta de hogar, aislamiento

4. Desarrollar recomendaciones para los servicios

Una vez se identificaron los asuntos prioritarios, los grupos de trabajo discutieron sobre la mejor manera de tratar los asuntos. En un diálogo con el Comité de dirección, los grupos de trabajo desarrollaron ideas de programas y propuestas. También se recibieron propuestas de unos pocos proveedores a nivel comunitario. Luego el Comité de dirección asumió un papel líder en la revisión y afinación de estas propuestas. Este proceso incluyó:

- Criticar las propuestas en cuanto a su fidelidad con los principios centrales de los CSS de las MHSAs: colaboración, competencia cultural, que sean orientadas al consumidor y la familia, que se concentren en el bienestar/recuperación/resistencia y que promuevan una experiencia de servicios integrados.
- Integrar y combinar las ideas de las propuestas
- Reducir gradualmente el alcance de los servicios propuestos
- Preguntar qué propuestas facilitarían la transformación del sistema
- Priorizar las propuestas

El estado proveyó jurisdicciones locales con estimados de los niveles de financiamiento para los servicios CSS, que consistieron en proveer una cantidad base de \$250.000 y luego agregarle una cantidad basada en factores específicos que, en general, podrían describirse como: población en la pobreza, costo de vida, prevalencia de la enfermedad mental y otros fondos que respalden un sistema de salud mental local. El estimado de los fondos para la ciudad de Berkeley se fijó en el nivel básico de \$250.000. Los fondos adicionales, basados en la población de Berkeley y de Albany y los factores antes mencionados, se incluyeron en el estimado del Condado de Alameda. El DMH del Estado indicó que querían un solo plan integrado para Berkeley/Albany y el Condado de Alameda.

Las partes interesadas de Berkeley esperaban estar involucradas en la determinación de cómo se iba a usar en el plan integrado la cantidad total de los fondos para Berkeley/Albany, estimada en \$1.11 millones. La planificación se hizo con esto en mente. Aunque este asunto sigue en disputa, tanto Berkeley como el Condado de Alameda acordaron proceder con el desarrollo del plan, usando provisionalmente las pautas de asignación del estado. El plan integrado para el Condado de Alameda, en borrador, sólo refleja las recomendaciones de Berkeley para la cantidad base de \$250.000. Sin embargo, Berkeley divulgó su propio plan que refleja las recomendaciones para \$1.11 millones. Lo que sigue es un resumen de las recomendaciones completas del proceso de planificación de Berkeley y un breve resumen del componente de \$250.000 en el plan integrado del Condado de Alameda.

Recomendaciones de servicio

Con base en las propuestas de los grupos de trabajo y los requisitos de los CSS estatales, el Comité de dirección creó cinco estrategias de programas para los fondos. Los requisitos del CSS indican que la mayoría de los fondos debe ir a los Programas de

asociaciones de servicios completos y el saldo de los fondos se debe usar para el Enlace e inclusión y el Desarrollo del sistema.

Las Sociedades de servicios completos hacen “lo que toque hacer” para incluir a los individuos con enfermedad mentales serias y proveer lo que se necesita para ayudar a la gente a seguir siendo independiente dentro de la comunidad. Proveen un rango de servicios y apoyos para la salud mental y, por lo general, tienen acceso a fondos para ayudar con el sostenimiento y subsidiar viviendas. Estos programas son costosos y sirven a pocas personas a la vez; sin embargo, han mostrado ser muy efectivos. Los programas de Servicios completos propuestos son:

- **Servicios integrales para niños**
- **Ampliación del enlace para personas sin hogar para incluir a los jóvenes en edad de transición y adultos mayores**

Los servicios de enlace e inclusión están diseñados básicamente para llegar a aquellos individuos que actualmente no tienen acceso a los servicios. Los programas de Enlace e inclusión que se están proponiendo son:

- **Enlace e inclusión multicultural**
- **Equipo de apoyo para jóvenes en edad de transición**

Los fondos para el desarrollo del sistema se deben usar para mejorar los programas y servicios, para que se vuelvan más sensibles a las necesidades de los consumidores de salud mental. La propuesta que se está haciendo para el Desarrollo del sistema es:

- **Servicios de bienestar y recuperación.**

1. Servicios integrales para niños

Basados en el deseo de responder a las necesidades de salud mental insatisfechas de los niños de la comunidad, Salud Mental de Berkeley propone agregar una sociedad de servicios completos para niños al conjunto existente de servicios disponibles. Los jóvenes que no tienen Medi-Cal ni otro seguro pero que reúnen las necesidades para recibir apoyo intensivo serán elegibles para este programa. Adicionalmente, los jóvenes que están siendo evaluados para los servicios del AB 3632 (un sistema a nivel de las escuelas para identificar a los niños que tienen alteraciones emocionales serias) pueden recibir servicios integrales intensivos bajo este programa para que satisfagan sus necesidades durante el periodo de espera que a veces es largo.

Para este programa se contratará una organización existente a nivel de la comunidad que se especializa en proveer el tipo de servicios integrales dirigidos a la familia y de alta calidad que mejorarán la resistencia y promoverán el bienestar. Se escoge el enfoque integral porque puede afectar de manera positiva a aquellos jóvenes que tienen las alteraciones emocionales más severas en la comunidad y proveer apoyo

para sus familias según sus necesidades identificadas. El programa podrá servir de 10 a 12 jóvenes cada año por un costo total de \$130.000.

2. Ampliación del enlace para personas sin hogar para incluir a jóvenes en edad de transición y adultos mayores

Dotación de personal

- 2.5 médicos, de tiempo completo o equivalente
- 0.5 consejero-compañero, de tiempo completo o equivalente
- 0.5 especialista en empleo, de tiempo completo o equivalente (se combinará con otro 0.5 del programa de Bienestar y recuperación propuesto de la MHSA)

Esta propuesta es una ampliación de los servicios existentes de Salud Mental de Berkeley que se proveen gracias a los fondos del AB 2034 (Servicios integrados para personas sin hogar con enfermedades mentales). El programa actual del AB 2034 sirve a unos 100 consumidores. El cuarenta por ciento (40%) de los adultos sin hogar en condiciones crónicas del Condado de Alameda viven en Berkeley. La gente que *no tiene hogar y que está en condiciones crónicas* tiene la tasa más alta de enfermedad mental seria y de abuso de sustancias entre la población general que no tiene hogar, lo que deja a este grupo en un riesgo muy alto de ser encarcelados, hospitalizados y contraer enfermedades físicas severas. Esta propuesta expandirá la capacidad de dichos equipos para proveerle servicios a los individuos que actualmente no los están recibiendo y también para quienes están en el sistema pero reciben servicios deficientes. Esta propuesta de ampliación lleva el sistema de Berkeley/Albany hacia la meta de lograr que la mayoría de los servicios de salud mental sean provistos con un modelo de sociedad de servicios completos.

3. Servicios de enlace e inclusión multicultural

Dotación de personal

- 1.0 Coordinador, de tiempo completo o equivalente
- Un contrato de \$25.000 con una agencia a nivel comunitario

La mayoría de las personas que no reciben servicios en la comunidad de Berkeley/Albany son asiáticos y latinos de todas las edades. La meta primaria de este enfoque es identificar e implementar formas únicas de acercarse e incluir a los individuos que actualmente no reciben servicios del sistema de salud mental, básicamente los que provienen de comunidades étnicas.

La meta secundaria de esta estrategia es mejorar la provisión de los servicios haciéndose culturalmente más competentes y conscientes de las necesidades de las diversas poblaciones que hay dentro de las ciudades de Berkeley y Albany. Estas metas se lograrán a través de un programa de capacitación y el desarrollo de relaciones de colaboración con agencias a nivel comunitario, líderes de las

comunidades culturales y otros proveedores de servicios como la salud pública y los cuidados primarios.

4. Equipo de apoyo para jóvenes en edad de transición

Dotación de personal:

- 1.0 especialista en recursos, de tiempo completo o equivalente
- 0.5 consejero-compañero, de tiempo completo o equivalente

Para llegar a esta población, el sistema necesita ir a donde están los jóvenes, en vez de esperar que ellos vengán a las clínicas tradicionales de salud mental. Esta propuesta proveería fondos para que un médico y un consejero-compañero de medio tiempo que trabajen en una agencia a nivel comunitario sirvan a la población joven en edad de transición. El médico proveería:

- Enlace e inclusión
- Evaluación
- Servicios de salud mental que incluyen intervención en momentos de crisis, terapia individual y familiar
- Manejo de caso
- Apoyo y educación familiar

El consejero-compañero proveería apoyo ‘de tú a tú’ y servicios de enlace. Si se necesitan servicios más intensivos, los adultos jóvenes serán remitidos a uno de los programas de sociedades de servicios completos. El médico también proveerá educación y apoyo familiar.

Esta propuesta ofrece un comienzo para desarrollar servicios más completos en el futuro. Durante el proceso de planificación, los jóvenes y quienes les sirven quisieron establecer un centro de servicios “de un paso”. Esta meta ambigua está más allá del alcance los fondos de la MHSA en estos momentos. Sin embargo, las partes interesadas buscan asignar los fondos de la MHSA teniendo en mente esta visión a largo plazo.

5. Servicios de bienestar y recuperación

Dotación de personal

- 1 consejero-compañero, de tiempo completo o equivalente (probablemente sean dos puestos de medio tiempo)
- 0.5 especialista en empleo, de tiempo completo o equivalente (para combinar con un puesto de 0.5 en las sociedades de servicios completos)
- 0.5 defensor familiar
- Ampliación de la Vinculación del consumidor de medio tiempo a tiempo completo

Estos servicios ayudarán a integrar los valores y principios de bienestar/recuperación al sistema existente de provisión de servicios y está conformado por cuatro componentes:

Servicios de consejería de compañeros prestados directamente al consumidor: Los consejeros-compañeros trabajarán con los equipos de tratamiento para proveer varios apoyos para los consumidores, incluyendo ayudarles a mantener una vivienda, solicitar beneficios, conseguir un trabajo y desarrollar planes de bienestar. Durante el proceso de planificación de la MHSA experimentamos justamente cuan esencial es que los consumidores estén involucrados. Además de contratar consejeros-compañeros, habrá dinero disponible para estipendios y trabajo por horas para animar el compromiso de los consumidores en los comités de planificación y la participación en las encuestas y las demás actividades.

Apoyo de empleo y educación: El empleo es un aspecto crítico del bienestar de todos. El especialista en empleo desarrollará relaciones con los servicios de empleo existentes como el Departamento de rehabilitación estatal, el Programa de servicios vocacionales de salud comportamental del Condado de Alameda y los centros de empleo de un solo paso a nivel comunitario. El especialista colaborará con los equipos de servicio existentes para proveer información y apoyo sobre cómo los consumidores pueden acceder a un empleo y a servicios educativos.

El defensor familiar proveerá apoyo continuo y defensoría a los miembros familiares a través de todo el sistema. Este individuo trabajará para comprometer a los miembros familiares en una planificación y capacitación continua y los vinculará con los recursos familiares existentes, incluyendo la NAMI.

El aumento de posición de la Vinculación del consumidor agregará deberes, incluyendo proveer la vigilancia y apoyo de los consejeros-compañeros y el control del estipendio y el sistema de pago por horas. La Vinculación del consumidor también garantizará que haya un compromiso del consumidor y observaciones para la planificación del programa y el desarrollo de actividades y facilitará la capacitación continua enfocada hacia el consumidor, del personal y de los consumidores.

6. Apoyo administrativo

Además de los programas anteriores, se reservaron aproximadamente \$160.000 para el apoyo administrativo, lo que incluiría el apoyo de oficina para los anteriores programas y un Coordinador de la MHSA que brinde vigilancia de los programas de los CSS, que envíe informes trimestrales al estado, que supervise la transformación del sistema y que coordine la planificación para las demás corrientes de los fondos de la MHSA.

Observaciones de Berkeley sobre el Plan de los CSS, en borrador, para el Condado de Alameda

Después de aclarar las recomendaciones anteriores, el Comité de dirección se reunió y priorizó los servicios a incluir en el plan integrado para la Ciudad de Berkeley y el Condado de Alameda. Lo siguiente representa una condensación de la propuesta más grande y la recomendación de Berkeley para el estimado de planificación de \$250.000

asignado por el estado a la ciudad de Berkeley. Dos propuestas entraron al plan integrado y se reservaron \$25.000 para la vigilancia administrativa.

1. **Enlace multicultural.** Esto incluye medio (0.5) coordinador de enlace multicultural y dinero para contratar a un médico para que trabaje con los jóvenes en edad de transición.
2. **Apoyo familiar y de compañeros.** Esto incluye al Defensor familiar y un Especialista en empleo de tiempo completo. Los fondos para financiar los estipendios y el trabajo por horas de los consumidores se redujeron levemente, pero siguen siendo parte del plan.

Próximos pasos

Los requisitos de planificación dicen que los planes deben estar disponibles para los comentarios del público durante al menos 30 días y que se debe celebrar una audiencia pública al final del periodo de revisión. Cuando se presente el plan, se debe incluir un “resumen y análisis de cualquier recomendación sustantiva de revisión”. Salud Mental de Berkeley publicó el plan borrador de \$1.11 millones en su sitio Web junto con un enlace hacia el plan integrado que está en el sitio Web del Condado de Alameda. Las copias de ambos planes se han puesto a disposición de las partes interesadas de la comunidad.

- Los comentarios del público para ambos planes son bienvenidos.
- Actualmente se está fijando una fecha para mediados de enero para las audiencias públicas sobre el plan de los CSS de Berkeley.
- La Junta de Salud Mental de Alameda celebrará audiencias públicas sobre el plan integrado los días 12 y 13 de diciembre de 2005. Sus sugerencias y comentarios serán escuchados y considerados para posibles revisiones durante este proceso paralelo.