



Plan estratégico 2011-2015

Departamento de Salud
del Condado de
Monterey



Agradecimientos	2
Mensaje del Director	3
Resumen de Recomendaciones	4
La actualidad en el Condado de Monterey	5
Desigualdades regionales en la salud	11
Puntos fuertes, preocupaciones y soluciones regionales	13
Iniciativas estratégicas 2011-2015	18
Siga Adelante: Un enfoque de equipo regional	20
Próximos pasos: Cómo promover la salud en todas las políticas	21
Apéndices	
1: Componente preliminar de la salud para el Plan General del Condado de Monterey	24
2: Proceso de planificación estratégica 2011-2015	26
3: Proceso de aporte y programa de reuniones en la comunidad	27
4: Conclusiones similares	29
5: Marco de equidad en la salud	31
6: Resumen de la Ley de Reforma de la Asistencia Médica	32

El Plan Estratégico de 2011-2015 fue preparado por el personal del comité de planificación bajo la dirección del Director del Departamento de Salud, bajo el auspicio de la Junta de Supervisores del Condado, y con el importante aporte del pueblo del Condado de Monterey

Vea el documento complementario: Reordenamiento Regional para Abordar Eficazmente las Prioridades (RREAP, por sus siglas en inglés)



**Agradecimientos al Comité de Planificación
Estratégica del 2011-2015**

BOSQUEJO 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2011
Junta de Supervisores del Condado de

Monterey



Fernando Armenta
Distrito 1



Louis R. Calcagno
Distrito 2



Simon Salinas
Distrito 3



Jane Parker
Distrito 4



Dave Potter
Distrito 5



Dis-

Lew Bauman
County Administrative Officer

**Get outside
Get active!**

**¡SALGA Y
PÓNGASE
ACTIVO!**



Mensaje del Director

La misión del Departamento de Salud del Condado de Monterey es mejorar, promover, y proteger la salud de las personas, las familias, las comunidades y el medioambiente del Condado de Monterey. También trabajamos para reafirmar el liderazgo en políticas y planificación que optimice las oportunidades para el bienestar. Sabemos que salud es mucho más que la ausencia de enfermedad; un verdadero estado de bienestar incluye el bienestar físico, social, económico, mental y espiritual.

Para lograr nuestra misión, el Departamento de Salud debe cumplir el rol fundamental de prevenir y/o responder a amenazas inminentes a la salud tales como enfermedades transmisibles por los alimentos, desastres, exposición a materiales peligrosos y enfermedades evitables. También debemos emplear estrategias a largo plazo para prevenir enfermedades crónicas, desnutrición, ejercicio inadecuado, y consumo de tabaco. Para tener éxito en nuestros esfuerzos debemos tener un plan estratégico que señale nuestras metas y proporcione el rumbo necesario para el logro de la meta. *Reconociendo la diversidad que tenemos en el Condado de Monterey, el plan de 2011-2015 incluye estrategias específicas para abordar las desigualdades actuales en el estado de la salud que existen a nivel regional.*



Este plan orientará al Departamento de Salud para llevar a cabo nuestro trabajo de la manera más efectiva y eficaz posible. Debemos colaborar efectivamente con organizaciones comunitarias, ciudades, escuelas, y la comunidad religiosa para poner en práctica la "Salud en todas las Políticas". Este plan, el cual incorpora el aporte de cuatro regiones diferentes de nuestro Condado, es un primer paso para asegurar el éxito. Este puede ser ampliamente debatido y utilizado como nuestra guía para esfuerzos futuros.

Agradezco sinceramente la participación de todos los residentes del Condado de Monterey quienes dieron de su tiempo y su aporte para ayudarnos en este proceso de planificación estratégica.

Atentamente,

Ray Bullick

Ray Bullick
Director de Salud

Septiembre del 2011

*Departamento de Salud del Condado de
Monterey: Mejorar, promover, y proteger la
salud de las personas, las familias, las
comunidades, y el medioambiente del
Condado de Monterey*

Resumen de Recomendaciones

El Plan Estratégico de 2011-2015 propone una integración novedosa de los sistemas para el Condado de Monterey con un enfoque en la prevención que aboga por la *Salud en Todas las Políticas*, un enfoque de “todo el gobierno” en la salud. Salud en todas las políticas reconoce que la salud y el bienestar están influenciados por sectores del gobierno más que por el sector de la salud solo. Al considerar los impactos de la salud en todos los ámbitos políticos; tales como la agricultura, la educación, el medioambiente, las políticas económicas y de planificación, la vivienda, y el transporte; la salud de una comunidad puede ser mejorada y la carga económica creciente del sistema de asistencia médica puede ser reducida.

Al preparar este Plan Estratégico, el Comité de Planificación Estratégica presentó evaluaciones de salud y análisis de desigualdades a más de 500 residentes de todo el condado durante seis meses. Se recopiló y analizó el aporte comunitario, dando como resultados distintas preocupaciones regionales, puntos fuertes, desafíos, y soluciones. Por dicho motivo, el Comité determinó que un enfoque regional de prestación de servicios aumentará el acceso de más residentes a la asistencia, reducirá nuestras desigualdades documentadas en la salud, y proporcionará asistencia médica y servicios de prevención que aborden nuestras necesidades específicas y regionales.

Las recomendaciones del Comité de Planificación Estratégica son:

1. Adoptar Tres Iniciativas Estratégicas:

- Empoderar a la comunidad para que mejore la salud a través de programas, políticas y actividades
- Mejorar la salud y la seguridad de la comunidad haciendo énfasis en la prevención
- Garantizar el acceso a servicios que sean cultural y lingüísticamente adecuados, y que mejor se adapten al cliente

2. Promover y practicar la “Salud en Todas las Políticas” con los socios comunitarios tradicionales y no tradicionales

3. Tomar un enfoque regional:

- Crear cuatro Equipos de Acción Comunitaria (CAT, por sus siglas en inglés) regionales inter-Departamentales
- Formar vías de comunicación regular
- Involucrar a prestadores de servicios comunitarios en la implementación

4. Reordenar los Programas y los Recursos:

- Eliminar el trabajo repetido
- Formalizar la participación de información entre Departamentos
- Priorizar y atender con urgencia las principales prioridades regionales
- Adoptar medidas transversales de evaluación

5. Documentar y evaluar cambios en los sistemas; reexaminar

6. Continuar involucrando a los residentes y colaborando con organizaciones comunitarias, ciudades, escuelas, agencias, grupos no tradicionales, y sectores religiosos





La actualidad en el Condado de Monterey

El Condado de Monterey, ubicado en la costa central de California, se caracteriza por las playas y acantilados costeros, estuarios, el Valle de Salinas, las Colinas Gabilan (Gabilan Hills), y la Cadena Montañosa Santa Lucía. Las 3.322 millas cuadradas de condado limitan al norte con el Condado de Santa Cruz, al este con San Benito, Fresno, y Condado de Kings, al sur con el Condado San Luis Obispo, y al oeste con el Océano Pacífico.



Las 12 ciudades incorporadas del Condado de Monterey constituyen aproximadamente el 75% de la población y el 15% del área de tierra total. Cinco ciudades están ubicadas en el Valle de Salinas y siete en la Península de la Bahía de Monterey, con pequeñas ciudades y áreas de viviendas ubicadas en áreas no incorporadas.

Hay más de 20 instituciones de educación superior e investigación ubicadas en la Bahía de Monterey, con una matriculación anual de 65,000 estudiantes.

Las escuelas militares y de idiomas, de ciencias marinas y oceanográficas, y otras disciplinas ofrecen programas únicos que atraen a estudiantes, visitantes, y otros profesionales a la región.

Activos seleccionados del Condado de Monterey, 2010	Cantidad
Área (millas cuadradas)	3,322
Costa (millas lineales)	90
Parques estatales (acres)	16,000
Parques del Condado (acres)	12,500
Tierra agrícola/de pastoreo (acres)	1.25 millones
Ciudades incorporadas (número)	12
Áreas no incorporadas (número)	16
Distritos escolares de K a 12 grado (número)	24
Escuelas para adultos (número)	8
Institutos terciarios y universidades (número)	6
Sucursales de bibliotecas de la ciudad y del condado (número)	23
Hospitales (número)	4
Clínicas de salud dirigidas por el condado (número)	8
Clínicas de salud mental dirigidas por el condado (número)	8

Fuentes: Oficina de Convenciones y Visitantes del Condado de Monterey. Oficina del Censo de los EE. UU. Departamento de Salud del Condado de Monterey.

La población del Condado de Monterey creció a 433,238 residentes en 2010, según los pronósticos estimados por el Departamento de Finanzas de California. Se estimó que los residentes hispanos/latinos representan el porcentaje mayor (57%) de la población del Condado de Monterey. Alrededor del 44% de la población era menor de 18 años de edad; un poco más del 16% era mayor de 65 años de edad. La Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense de 2005-2009 estimó que 14% de todas las familias del Condado de Monterey estaban en aislamiento lingüístico, es decir, ningún miembro de la familia mayor de 14 años de edad hablaba inglés "muy bien". De esas familias que hablaban español, se estimó que 34% estaban en aislamiento lingüístico (nº=15,370).

"Somos una ciudad andante, de modo que muchas personas pueden hacer ejercicio de caminata; ¿podemos crear grupos de caminata?"

Residente del Condado del Norte

"Faltan servicios de salud mental, especialmente para adolescentes y padres, personas jubiladas y personas que necesitan programas por abuso de sustancias; los padres y las familias necesitan más educación para el manejo de la ira y la depresión".

Residente de la Región Costera

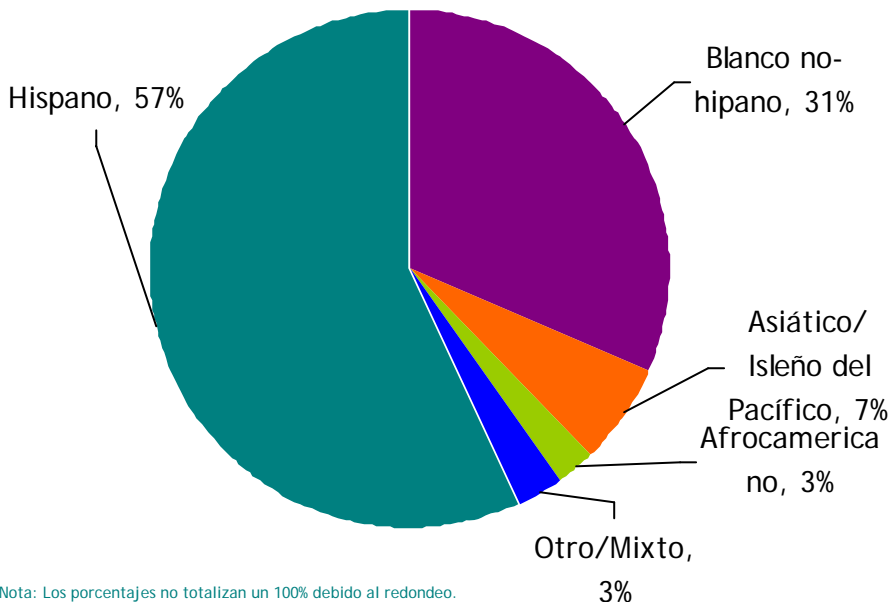
"Mucha gente no se realiza chequeos de salud porque no tiene dinero o seguro médico".

Residente de la Región de Salinas

"Si usted no habla inglés necesita traer a un familiar para que le traduzca"

Residente del Sur del Condado

Población del Condado de Monterey según la raza/origen étnico, 2010



Nota: Los porcentajes no totalizan un 100% debido al redondeo. Fuente: Departamento de Finanzas de California

Raza/Origen étnico	Número
Hispano	246,849
Blanco no-hispano	135,006
Asiático/Isleño del Pacífico	28,612
Afroamericano	10,955
Otro/Mixto	11,861
TOTAL	433,328

Fuente: Departamento de Finanzas de California

Las **familias** representaron el 71% de los hogares del Condado de Monterey en 2009, y el tamaño de la familia promedio fue de 3.62 personas por familia. Más de 3,000 familias estaban formadas por abuelos quienes tenían la responsabilidad de criar a sus propios nietos menores de 18 años de edad.

La población de Salinas aumentó por 9,912 residentes de 2000 a 2008, representando casi un tercio del crecimiento demográfico del condado. El porcentaje mayor de crecimiento demográfico de 2000 a 2008 tuvo lugar en el Condado del Sur, representando un incremento total de 11,395 residentes (considere que la población de Soledad incluye a la población de la Prisión Estatal del Valle de Salinas).

En 2009, se estimó que poco más de 80% de las familias han vivido en la misma residencia en el año anterior. Setenta por ciento (70%) de la población del condado nació en los EE. UU., y 30% nació en el extranjero. Alrededor de 80% de los residentes nacidos en el extranjero eran de América Central principalmente México) y América del Sur.

Para el año 2025, los residentes hispanos del Condado de Monterey habrán crecido hasta un 61% de toda la población. Los residentes blancos, no hispanos disminuirán a un 27%, mientras que los porcentajes para las poblaciones de asiáticos/isleños del Pacífico y afroamericanos se mantendrán prácticamente iguales.

Estimaciones de la Población del Condado de Monterey por Jurisdicción, 2000-2008

Jurisdicción	2000	2008	Cambio Numérico	Cambio Porcentual
Carmel	4,081	4,037	-44	-1.1
Del Rey Oaks	1,650	1,632	-18	-1.1
Gonzales	7,564	9,025	1,461	19.3
Greenfield	12,648	17,547	4,899	38.7
King City	11,204	12,024	820	7.3
Marina	18,925	19,265	340	1.8
Monterey	29,696	29,244	-452	-1.5
Pacific Grove	15,522	15,536	14	0.1
Salinas	142,685	152,597	9,912	6.9
Sand City	261	312	51	19.5
Seaside	33,097	34,240	1,143	3.5
Soledad*	23,015	28,050	5,035	21.9
No incorporadas	101,414	108,383	6,969	6.9
Total del Condado	401,762	431,892	30,130	7.5

*Incluye a la población de la Prisión Estatal del Valle de Salinas.

Nota: El Departamento Estatal de Finanzas estima a la población del condado y a la población jurisdiccional de diferente manera lo cual puede causar una discrepancia entre las dos estimaciones. El Cálculo de la Población Jurisdiccional se basó en estimaciones de las unidades de vivienda ocupadas, tamaño del hogar, población de la familia, y población de alojamientos de grupo. Los datos del censo del 2000 proporcionan valores de referencia para estas estimaciones, y se llevan a cabo revisiones de acuerdo con los datos que las jurisdicciones locales, militares y las instalaciones de alojamientos de grupo les proporcionan al Estado. Los datos pueden ser afectados por plazos de las agencias informantes.

Fuente: Estado de California, Departamento de Finanzas, E-1 Estimaciones demográficas para las Ciudades, los Condados y el Estado con la

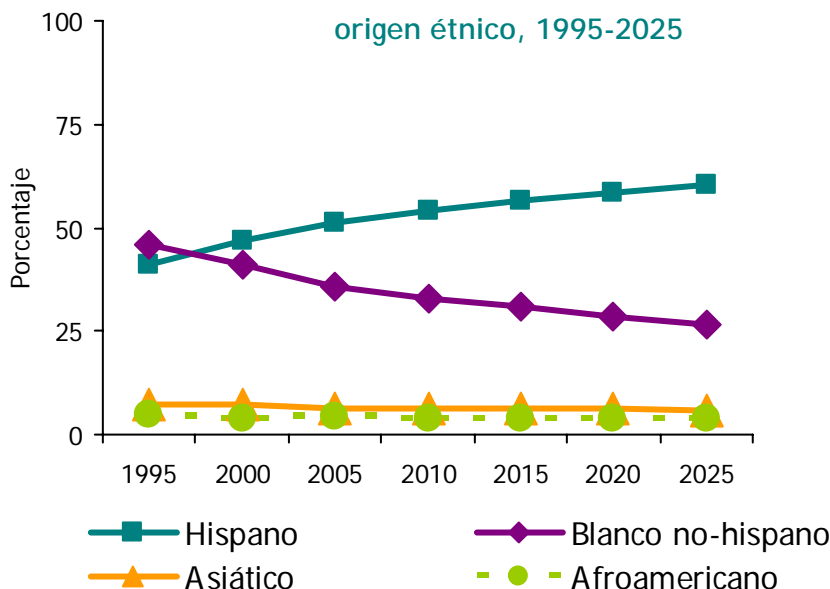
“La obesidad ocurre en todo el mundo. Este no es un problema individual, es un problema en las familias. Necesitamos ofrecer más educación a toda la familia para cambiar los hábitos”.

Residente de Salinas

“La gente no se siente segura; hay un alumbrado deficiente, pocas banquetas o ninguna en absoluto; los arbustos están demasiado crecidos causando peligro de incendio; de pandillas. Es peligroso para los niños ir caminando a la escuela, especialmente sin guardias de cruce, y la mayoría de los padres está trabajando así que no pueden caminar con los niños”.

Residente del Sur del Condado

Población pronosticada del Condado de Monterey según la raza/origen étnico, 1995-2025



Source: California Department of Finance,

13% de los residentes del Condado de Monterey

(n°=51,400) vivían por debajo del umbral Federal de Pobreza de \$10,830 por persona por año en 2009. Mientras que el umbral Federal de Pobreza para una familia de cuatro era de \$22,050 por año, el ingreso familiar promedio del Condado de Monterey ese año fue de \$84,815.

De los 51,400 residentes del Condado de Monterey que viven en pobreza, 40% (20,200) eran niños menores de 18 años de edad; 73% (37,672) eran hispanos. De las personas que vivían en pobreza de 25 años o más, 53% no se había graduado de la escuela secundaria. De las personas de 16 años o más, 71% había trabajado a tiempo completo, a tiempo parcial, o de manera estacional en el año anterior.

Durante décadas, los investigadores han sabido que la pobreza y el estado de salud están directamente correlacionados; cuanto más bajo es el estado socioeconómico de una persona, mayores son sus posibilidades de tener algún tipo de trastorno de salud.

En 2010, poco más de 71% de los bebés del Condado de Monterey (n°=4,759) nacieron en la pobreza.

54% de estos nacimientos (n°=2,548) tuvieron lugar en el Centro Médico Natividad.

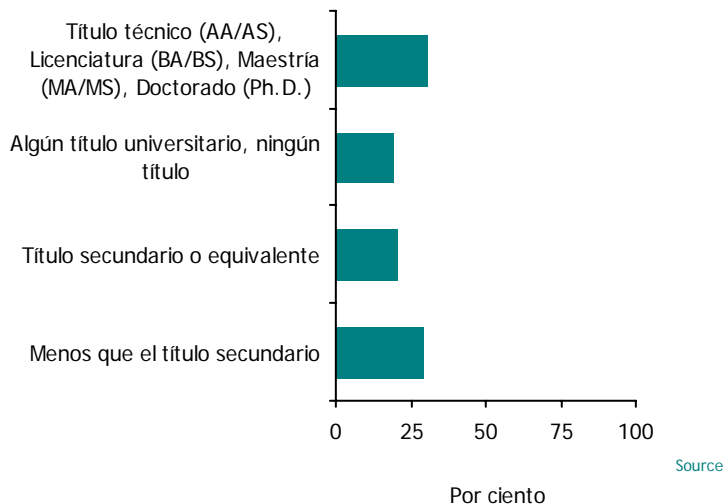
Informe de Nacimientos del 2010 del Condado de Monterey

“Cada \$12,500 adicionales en el ingreso de una familia del Área de la Bahía de San Francisco compra un año más de esperanza de vida”.

*Tony Iton, Doctor en Medicina, Doctor en Derecho, Maestría en Salud Pública
Fundación California Endowment*



Nivel educativo de los residentes del Condado de Monterey de 25 años y arriba, 2005-2009

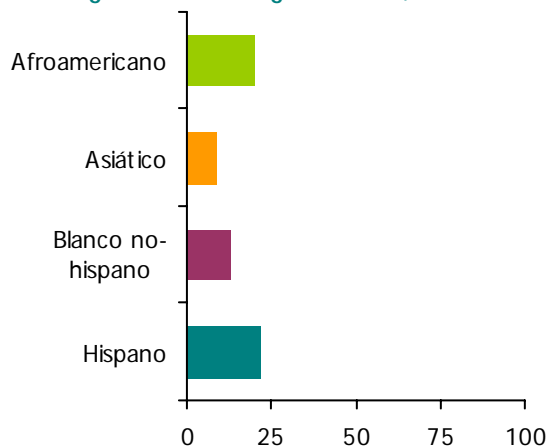


El nivel educativo es un factor importante en la salud individual y comunitaria. Cuando se asocia un nivel educativo bajo con niveles de ingresos bajos, es muy probable que esto resulte en una persona o familia con un seguro médico deficiente o sin seguro médico. Se ha asociado un bajo nivel educativo con niveles más altos de conductas riesgosas de salud tales como fumar, tener sobrepeso, o tener un bajo nivel de actividad física. Algunos estudios también han mostrado que las enfermedades mentales y los trastornos emocionales son factores que contribuyen a un porcentaje significativo de personas que han abandonado los estudios.

En 2008-2009, más de 1 de cada 5 estudiantes de 9no a 12vo grado del Condado de Monterey abandonaron la escuela. Según la agrupación por raza/origen étnico, 22% de los estudiantes hispanos había abandonado los estudios, en comparación con 20% de estudiantes afroamericanos, 13% de estudiantes blancos no hispanos, y 9% de estudiantes asiáticos.

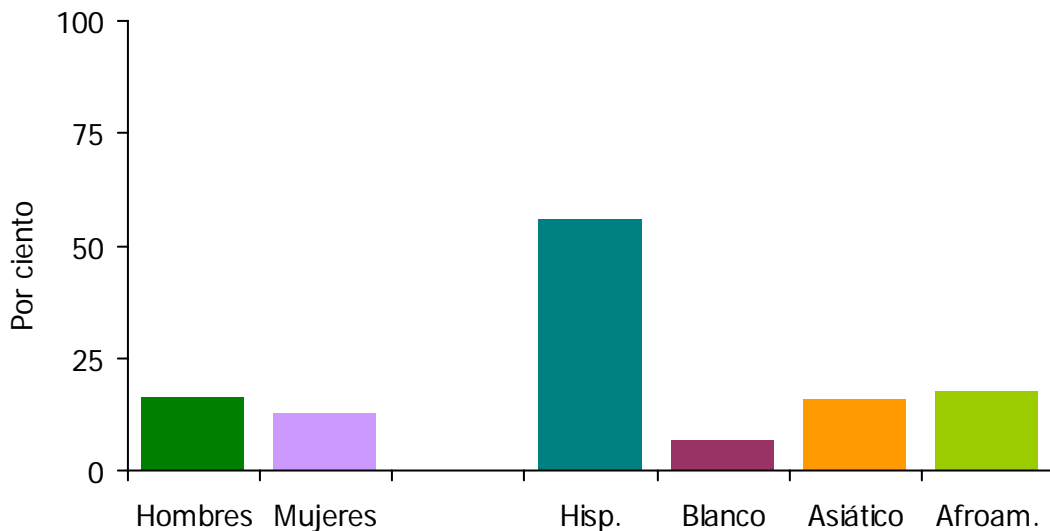
Aproximadamente un tercio de los adultos del Condado de Monterey mayores de 25 años de edad en 2006-2008 aún no habían obtenido un diploma de estudios secundarios o equivalente. Según la agrupación por raza/origen étnico, la desigualdad es bastante sorprendente: 56% de los residentes hispanos de 25 años en adelante no obtuvieron un diploma secundario en 2005-2009 en comparación con 7% de los residentes no hispanos que sí obtuvieron dicho diploma.

Estudiantes del Condado de Monterey que han abandonado los estudios según la raza/origen étnico, 2005-2009



Fuente: Oficina del Censo de los EE. UU. Por ciento

Residentes del Condado de Monterey que tienen menos que un título secundario, 2005-2009



Nota: Se incluye a los residentes de 25 o más años de edad. Fuente: Departamento de Finanzas de California.

Las Desigualdades en la salud son condiciones de salud que ocurren de diferente manera cuando se compara a varios segmentos de la población, las cuales pueden ser atribuidas a factores sociales tales como situación socioeconómica, raza u origen étnico, barreras culturales, nivel educativo alcanzado, sexo/orientación sexual, discapacidad, o ubicación geográfica.

Un estudio de las desigualdades en la salud del Condado de Monterey encontró estas desigualdades cuando comparaba los principales grupos raciales/étnicos:

Hispano

- Índice de natalidad más elevado en adolescentes
- Ingreso tardío a cuidados prenatales más elevado
- Índice más elevado de mortalidad relacionada con automóviles
- Índice más elevado de mortalidad por homicidios

Blanco no hispano

- Índice más elevado de mortalidad por cáncer (todos los cánceres)
- Índice más elevado de mortalidad por cáncer de pulmón
- Índice más elevado de mortalidad por suicidio

Asiático/Isleños del Pacífico

- Índice más elevado de mortalidad fetal
- Índices de mortalidad por suicidio cada vez más elevados

Las desigualdades en la salud son las diferencias en el estado de la salud y los índices de mortalidad en todos los grupos de población las cuales son sistemáticas, evitables, indebidas, e injustas.

*Margaret Whitehead
Organización Mundial de la*

Afroamericano

- Índice más elevado de mortalidad infantil
- Más nacimientos de bajo peso
- Índices más elevados de Clamidia y gonorrea
- Índices más elevados de casos de SIDA
- Índices más elevados de mortalidad por cardiopatías
- Índices más elevados de mortalidad por diabetes
- Índices cada vez más elevados de mortalidad por apoplejía
- Estadías en el hospital más prolongadas en cuidados intensivos

Cinco causas principales de mortalidad en el Conda-

do de Monterey según los grupos raciales/étnicos, 2005-2008 (Medido según el índice ajustado a la edad por 100.000 personas en base a la población estándar del 2000 para EEUU)

#	Total para todos los grupos raciales/étnicos	Hispano	Blanco, no hispano	Asiático/ Isleño del Pacífico	Afroamericano
1	Cardiopatías 154				
2	Cáncer 135				
3	Apoplejía 37				
4	Enfermedad crónicas de las vías respiratorias inferiores (CLRD) 31				
5	Lesión accidental 29				

CLRD=Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores, las cuales incluyen a la bronquitis crónica, enfisema, y asma.

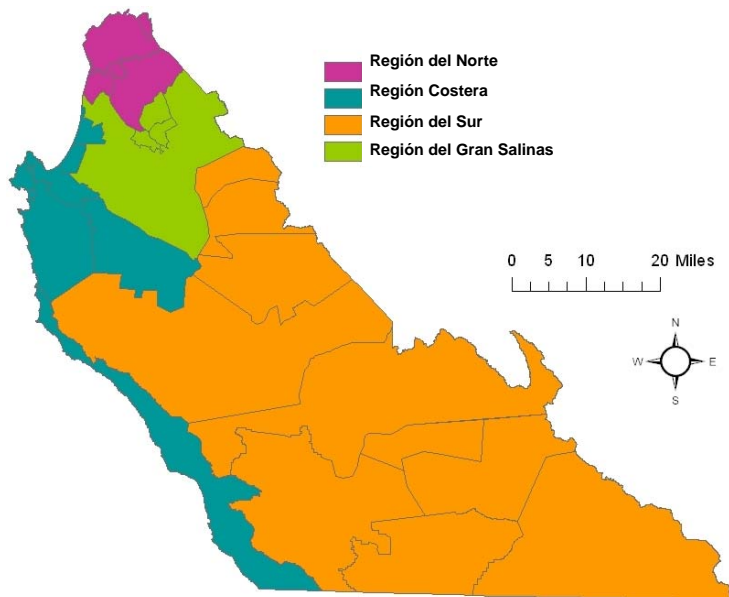
Nota: Se muestran los principales grupos raciales/étnicos del Condado de Monterey; el Total incluye a otras razas/orígenes étnicos no especificados.
Fuente: Departamento de Servicios de Salud de California, Archivos Maestro Estadísticos de Mortalidad, 2000-2004.

Desigualdades regionales en la salud

Años Potenciales de Vida Perdidos (YPLL, por sus siglas en inglés) es una medida importante de muerte prematura. Los YPLL se calculan restando la edad en que ocurre la muerte a la expectativa promedio de vida (por lo general se usa la edad de 75 años). El total de años potenciales de vida perdidos debido a varias causas de muerte prematura como un porcentaje del total de YPLL se presenta en los gráficos regionales abajo.

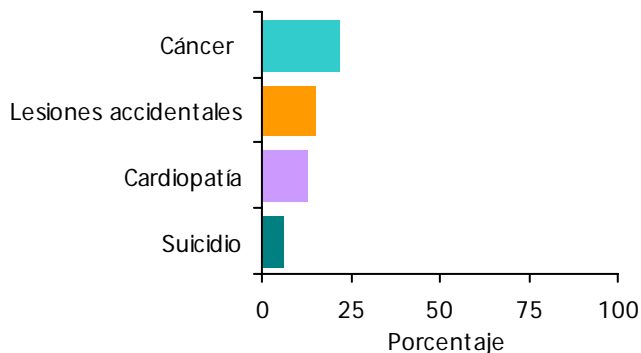
Las diferencias de los YPLL entre las cuatro regiones del Condado de Monterey parecen estar correlacionadas con las diferencias socio-demográficas únicas que se encuentran en cada región. Estos análisis proporcionan un buen motivo para usar un enfoque regional para planificar y prestar educación y servicios de salud pública.

Cuatro regiones de salud dispar

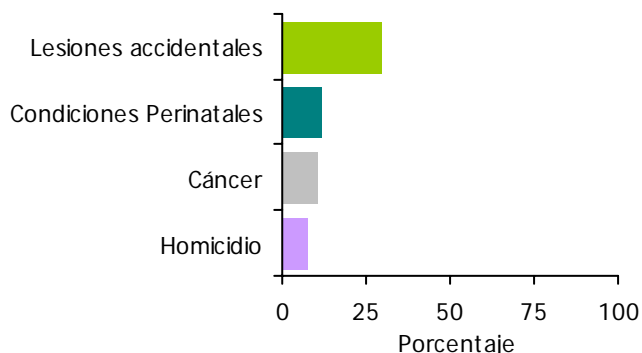


Principales causas de mortalidad prematura según un porcentaje de años potenciales de vida perdidos (antes de los 75 años de edad) Región del Condado de Monterey, 2006-2008

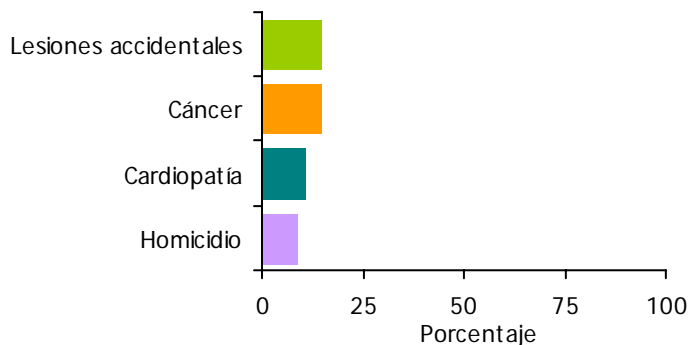
Región Costera



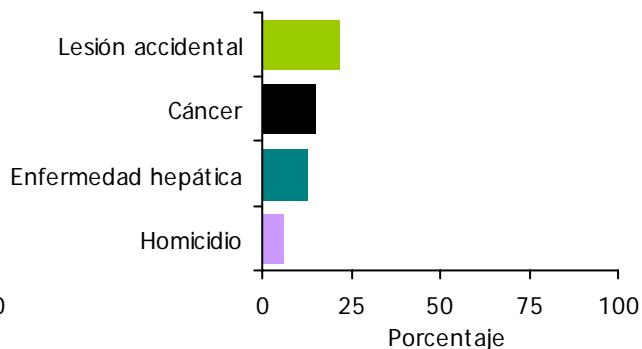
Región del Norte del Condado



Región del Gran Salinas



Región del Sur del Condado



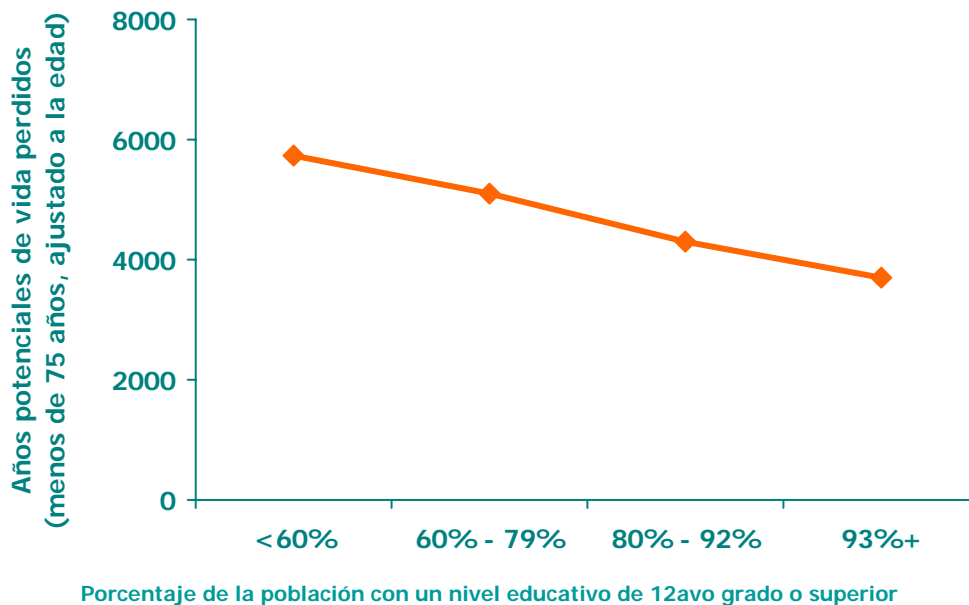
Un ejemplo de desigualdades en los YPLL en el Condado de Monterey se puede ver cuando se comparan los datos socioeconómicos para las ciudades de Monterey y Greenfield. El cuadro abajo indica que la expectativa de vida es 3 años más larga en el Condado de Monterey en comparación con la Ciudad de Greenfield. En Greenfield, los residentes experimentan 1,353 más años potenciales de vida perdidos, representando un incremento de 29% por encima del número de años potenciales de vida perdidos en Monterey.

Variables	A. Ciudad de Monterey	B. Ciudad de Greenfield	Diferencias entre las dos ciudades
Edad media	39 años	26 años	13 años
Menos de 5 años	5%	11%	6%
Más de 64 años	15%	5%	5%
Diploma secundario o superior	93%	49%	44%
Familias en la pobreza	6%	18%	12%
Expectativa de vida	83 años	80 años	3 años
Años de vida perdidos (menos de 75 años, ajustados a la edad)	4,547 años de vida perdidos por 100.000 personas	5,900 años de vida perdidos por 100.000 personas	1,353 años potenciales de vida perdidos

Fuente: Archivos Maestros de Estadísticas de Mortalidad de California y Oficina del Censo de los EE. UU.

Las investigaciones han correlacionado reiteradamente el nivel educativo bajo y la expectativa de vida más corta. El gráfico abajo ilustra esta correlación directa en el Condado de Monterey: Los residentes con niveles educativos más bajos son víctimas del índice más elevado de años potenciales de vida perdidos.

Muerte prematura de acuerdo al nivel educativo, Condado de Monterey, 2008



“Castroville no cuenta con un centro para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés); tenemos que ir a Salinas”.

Residente del Condado del Norte

“El embarazo de adolescentes y el acceso al control de natalidad son temas importantes”

Residente de la Región Costera

“Aunque hay falta de servicios, estamos abriendo puertas. Promotores pueden desarrollar confianza con la gente.”

Residente de la Región de Salinas

“Hay escorrentía agrícola en la ciudad de Chualar, y los niños juegan en esos charcos”.

Residente del Condado del Sur

Nota: Fuente: Archivos Maestros de Estadísticas de Mortalidad de California, Oficina del Censo de los EE. UU., e Instituto de Investigación Económica y Social (ESRI, por sus siglas en inglés).

Puntos fuertes, preocupaciones y soluciones regionales

Se llevaron a cabo Reuniones Comunitarias Regionales

durante 6 meses en todo el Condado de Monterey para presentarles a los residentes el proceso de planificación estratégica, los datos actuales de la evaluación de salud de la comunidad, y las desigualdades evidentes en la salud que se encontraron en las cuatro regiones del Condado de Monterey.

Se les pidió a los residentes de cada región que mencionen sus preocupaciones de salud más apremiantes y que hablen acerca de las mejoras que les gustaría ver. En general, desde noviembre del 2010 hasta Abril del 2011, más de 500 personas asistieron a las reuniones en 21 lugares y/o respondieron una encuesta en línea.

El aporte comunitario se usó para desarrollar este Plan Estratégico de 2011-2015, el cual es un documento en constante evolución que será debatido y perfeccionado en el transcurso de los años para que refleje las conversaciones de nuestra comunidad.

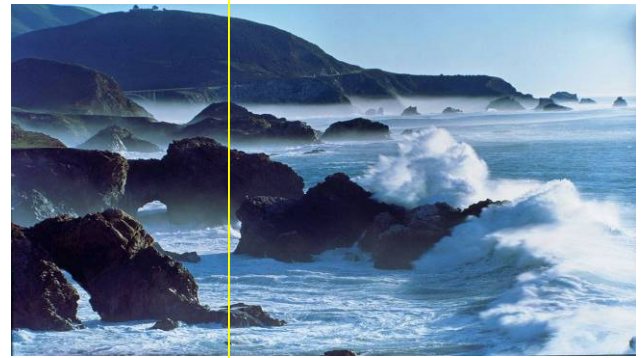


Región Costera:

Resultados del aporte comunitario

Preocupaciones principales:

Acceso a la asistencia médica	Asma infantil
Salud mental	Obesidad infantil
Nacimientos en adolescentes	Acoso escolar



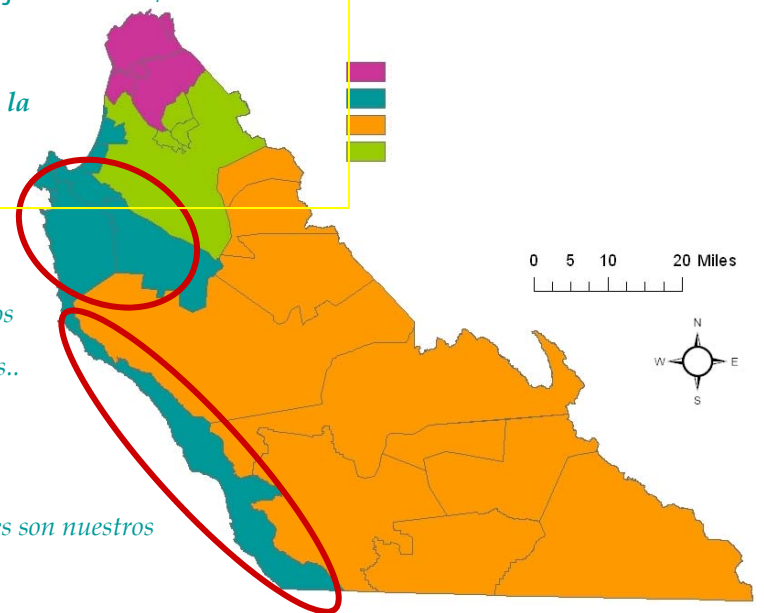
Puntos fuertes: Programas locales... Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA), Grief Busters (Grupos de apoyo en casos de duelo), Sticks & Stones (Palos y Piedras), enfermeros escolares, Actividades al aire libre... Centro de Deportes, senderos ciclistas, parques

Desafíos: Costo de la asistencia médica... programas de seguros médicos para personas de ingresos moderados, Seguridad de la comunidad... parque no seguros, calles, zonas escolares peligrosas, Actividad física... fondos para programas infantiles/ adolescentes, gimnasios asequibles

Soluciones: Programas de seguridad... Vigilancia barrial, programas después del horario escolar, Programas de empoderamiento... talleres sobre salud y nutrición para padres, Acceso a la asistencia médica... asistencia de ancianos, consejería escolar, vales de autobús, incentivos para mantener una buena salud

Algunos ejemplos de los comentarios de los participantes de la Reunión Comunitaria:

- *Nuestros barrios son bastante seguros; la gente en Monterey conoce a sus vecinos; contamos con buena presencia policial y las escuelas y los parques son seguros.*
- *Necesitamos más parques y actividades recreativas en Seaside; los parques que tenemos no son seguros y hay grafiti por todos lados..*
- *Los ancianos necesitan tener más acceso a la asistencia médica y a todos los tipos de asistencia de vida.*
- *Las bibliotecas, iglesias, y los diversos programas para los jóvenes son nuestros puntos fuertes.*
- *Son pocos los médicos que aceptan Medi-Cal y Medi-Care, los empleadores están ofreciendo menor cobertura de seguro médico, y muchas personas no califican para los servicios de salud.*
- *Están faltando servicios de salud mental, especialmente para adolescentes y padres, personas jubiladas y personas que necesitan programa por abuso de sustancias; los padres y las familias necesitan más educación para el manejo de la ira y la depresión.*
- *Se necesitan más programas de nutrición, y ejercicio, y vida saludable en las escuelas y para el público en general; especialmente para los residentes que no son angloparlantes.*
- *Se necesitan más programas de educación sobre salud y seguridad en las escuelas, especialmente sobre depresión, consumo de alcohol y drogas, y conducción vehicular segura.*
- *El embarazo de adolescentes y el acceso al control de la natalidad son problemas de importancia.*
- *Se necesitan actividades gratuitas o asequibles después del horario escolar de todo tipo para que los niños y los jóvenes se mantengan seguros y saludables.*



Región del Sur del Condado:

Resultados del aporte comunitario

Preocupaciones principales:

- | | |
|---|-------------------------|
| Nacimientos de madres adolescentes | Obesidad |
| Diabetes | Lesiones |
| Acceso a la asistencia médica | Drogas y alcohol |



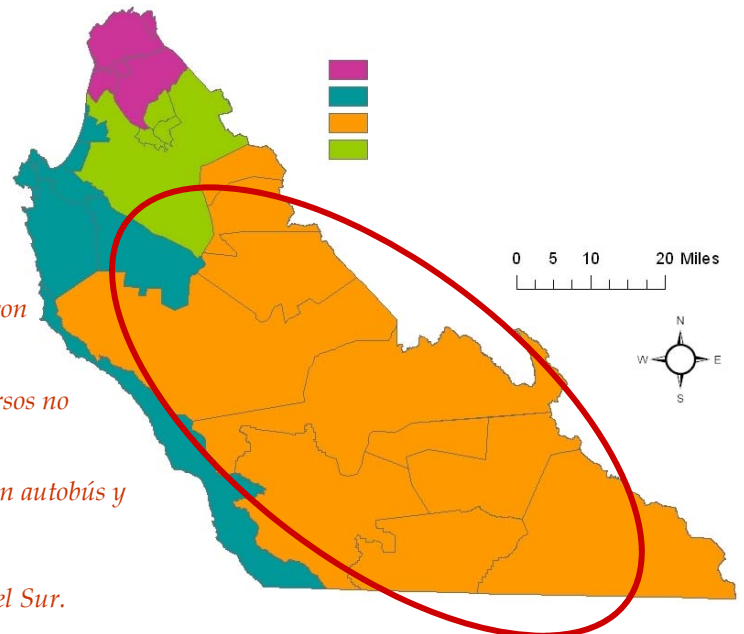
Puntos fuertes: Asistencia médica básica... clínicas, hospitales, Actividades al aire libre... Ligas infantiles, parques, albercas de natación, Programas de seguridad... guardias de cruce, brigada contra el crimen organizado, departamento de bomberos

Desafíos: Disponibilidad de los servicios de asistencia médica... se necesitan más opciones, Costo de la asistencia médica... Falta de seguro médico y elegibilidad, Seguridad de la comunidad... alumbrado deficiente, calles peligrosas

Soluciones: Programas de empoderamiento... programas y actividades que presten servicios a los jóvenes, Programas de seguridad... actividades que prevengan y aborden la violencia, Acceso a la asistencia médica... planes de pago, clínicas gratuitas, vales de autobús

Algunos ejemplos de los comentarios de los participantes de la Reunión Comunitaria:

- Nuestros puntos fuertes incluyen escuelas, organizaciones de servicios para jóvenes, clínicas y hospitales locales.
- Los vecinos aquí se cuidan unos a otros.
- No hay servicios para nuestros jóvenes quienes están luchando con problemas emocionales tales como depresión y drogas.
- La comunidad ha crecido numéricamente, sin embargo, los recursos no han aumentado para satisfacer la necesidad.
- Llegar a la asistencia médica es un desafío; lleva mucho tiempo en autobús y caminar es peligroso.
- Necesitamos más opciones de asistencia médica en el Condado del Sur.
- Hacer que repongan nuestros medicamentos es desafiante. Obtener la reposición de los medicamentos toma varias semanas.
- Se necesitan servicios de traducción en las clínicas o consultorios médicos.
- No se siente seguridad afuera debido a los miembros de las pandillas, no salimos a jugar
- Hay una escorrentía agrícola en la ciudad de Chualar; los niños juegan en esos charcos.
- Las familias carecen de conocimientos que les ayuden a realizar elecciones saludables.
- Las opciones de los jóvenes son unirse a pandillas, abandonar los estudios, y embarazo. Estamos preocupados por el creciente índice de natalidad de madres adolescentes. Hace falta apoyo educativo para obtener mejores trabajos y más opciones después del horario escolar para los jóvenes.



Región del Gran Salinas:

Resultados del aporte comunitario

Preocupaciones principales

Salud mental	Diabetes
Asistencia dental	Violencia
Obesidad	Nacimientos de madres adolescentes
Acceso a la asistencia médica	



Puntos fuertes: Asistencia médica básica... clínicas, hospitales, Programas

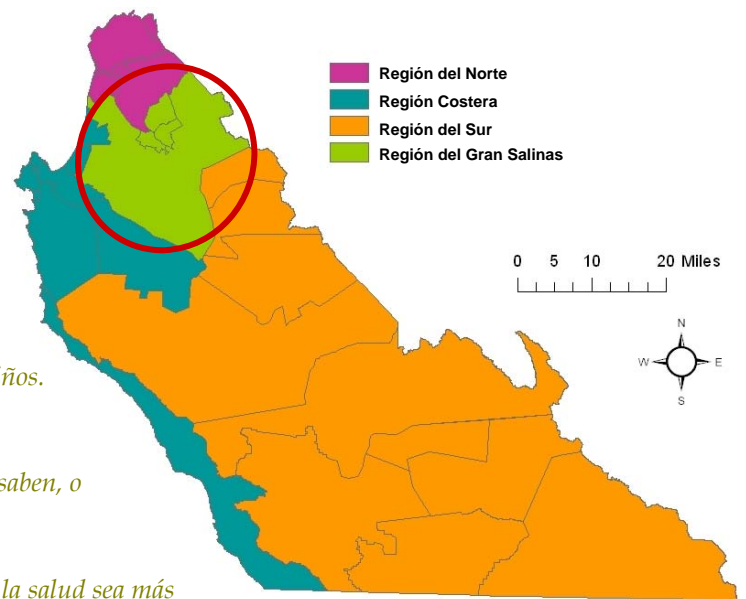
locales... apoyos sociales, clubes de escuela secundaria, Actividades al aire libre... cancha de fútbol, parques

Desafíos: Costo de la asistencia médica... asistencia médica, dental, oftálmica, Conocimientos de salud limitados... más educación sobre enfermedades crónicas, Violencia y conductas de riesgo... pandillas, balaceras, alcohol, drogas

Soluciones: Cobertura universal, recetas médicas asequibles, controles sanitarios de detección gratuitos, Seguridad... guardias de cruce, controles de alcoholemia, Vigilancia barrial, Educación de la salud... programas después del horario escolar, prevención de pandillas

Algunos ejemplos de los comentarios de los participantes de la Reunión Comunitaria:

- *Tenemos muchos puntos fuertes, incluyendo hospitales, clínicas, programas de prevención, Familias Sanas, parques, gimnasios, escuelas, cero tolerancia de las pandillas en las escuelas, y 2-1-1.*
- *Hay una necesidad considerable de servicios de salud mental, especialmente para quienes no tienen Medi-Cal u otro seguro médicos y hacen falta servicios médicos en las escuelas para los niños. Los niños califican para estos servicios, sin embargo estos no son ofrecidos. Los padres tienen que insistir, sin embargo muchos no saben, o no quieren causar problemas.*
- *Hay mucho tiempo de espera para una cita médica; esto hace que la salud sea más deficiente porque no se puede obtener una cita médica y por consiguiente la condición de salud empeora.*
- *Los Promotores pueden fomentar confianza con la gente. Desarrollar una clínica para personas de bajos ingresos con sólo \$20 por consulta (independientemente del motivo de la consulta) ayudaría porque cuando los Promotores envían a una persona a una clínica y le terminan cobrando mucho la consulta, la persona se desanima y esto lleva a que confíen menos en los Promotores.*
- *Como padres necesitamos proporcionar educación sobre prevención. Es preciso que las escuelas compartan la información a los padres no sólo a los niños (as). La educación para los padres es esencial; las escuelas necesitan enseñar a los padres cómo comunicar la información.*



Iniciativas estratégicas para el 2011-2015

Las **Iniciativas Estratégicas para el 2011-2015 del Departamento de Salud del Condado de Monterey** desarrolladas por el comité de planificación reflejan los objetivos comunitarios generales que abarcan las necesidades y las soluciones específicas identificadas regionalmente en el proceso de aporte comunitario de seis meses. Es importante considerar que otras evaluaciones comunitarias recientes habían identificado preocupaciones y objetivos generales similares; estos son:

- Datos de equipos regionales de salud pública, 2010
- Más estudios de salud
- Perfiles de salud anuales del Departamento de Salud del Condado de Monterey (MCHD), 2005-2009
- Aporte público en las reuniones comunitarias
- Evaluación de la salud maternal, infantil y adolescente del MCHD, 2011
- Reformas federales de asistencia médica
- Informe de calidad de vida de las mujeres y las jóvenes, 2011
- Estudio de LULAC de Castroville, 2009
- Documentos de planificación para la construcción de comunidades saludables, 2010

Iniciativa 1: Empoderar a la comunidad para mejorar la salud a través de programas, políticas, y actividades.

En 5 años, el Departamento de Salud del Condado de Monterey aumentará las oportunidades para la participación comunitaria en diálogos sobre la salud pública.

- **Objetivo 1: Promover un enfoque de salud en las políticas públicas y la planificación.**
- **Objetivo 2: Desarrollar y apoyar una red de voluntarios y compañeros que aboguen por y que apoyen soluciones orientadas a la salud de la comunidad.**



Iniciativas Estratégicas para el 2011-2015 (continuación)

Iniciativa 2: Mejorar la seguridad de la comunidad.

En 5 años, el Departamento de Salud del Condado de Monterey fortalecerá la capacidad de la comunidad para responder a asuntos de seguridad.

- **Objetivo 1:** Aumentar las oportunidades para los esfuerzos de seguridad y prevención primaria dirigidos por la comunidad a través de la participación de la familia y de los jóvenes.
- **Objetivo 2:** Apoyar las redes sociales que trabajan para abordar y responder a los riesgos de salud pública y seguridad.
- **Objetivo 3:** Involucrar a organizaciones comunitarias, empresas y otras agencias gubernamentales en la evaluación y prevención de la violencia y en la reducción de lesiones en la comunidad.

Iniciativa 3: Garantizar el acceso a servicios de salud cultural y lingüísticamente apropiados, que se adapten al cliente y sean de calidad.

En 5 años, el Departamento de Salud del Condado de Monterey garantizará el acceso a la asistencia médica a través de un servicio al cliente que se cultural y lingüísticamente apropiado y mediante el alineamiento de la salud pública, la atención médica primaria, la salud del comportamiento, y los recursos comunitarios con las reformas de asistencia médica.

- **Objetivo 1:** Maximizar las oportunidades de prevención y bienestar según sean financiadas por la reforma de asistencia médica.
- **Objetivo 2:** Apoyar la atención médica primaria integrada, incluyendo a los servicios clínicos preventivos.
- **Objetivo 3:** Incorporar puentes que vinculen las actividades clínicas y de prevención comunitaria.
- **Objetivo 4:** Garantizar el acceso a los recursos de asistencia médica apropiados, especialmente a servicios especializados y complementarios (tales como servicios diagnósticos y terapéuticos), independientemente de la capacidad de la persona para pagar dicho servicio.

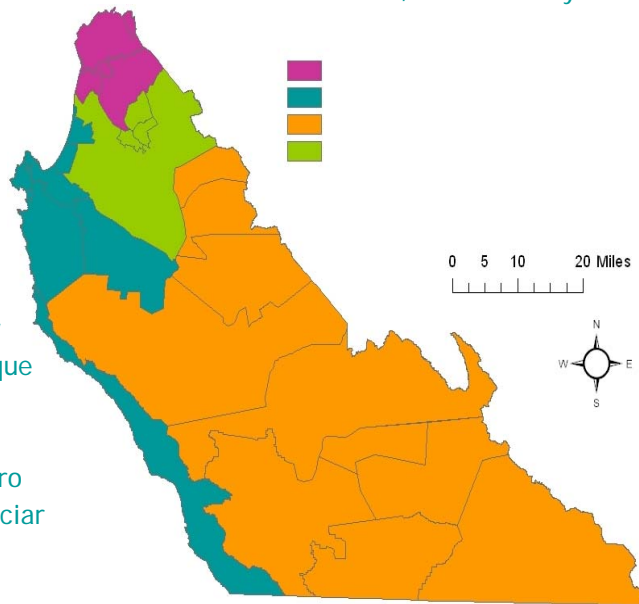
Siga Adelante: Un enfoque de equipo regional

Justificación para un enfoque de equipo regional

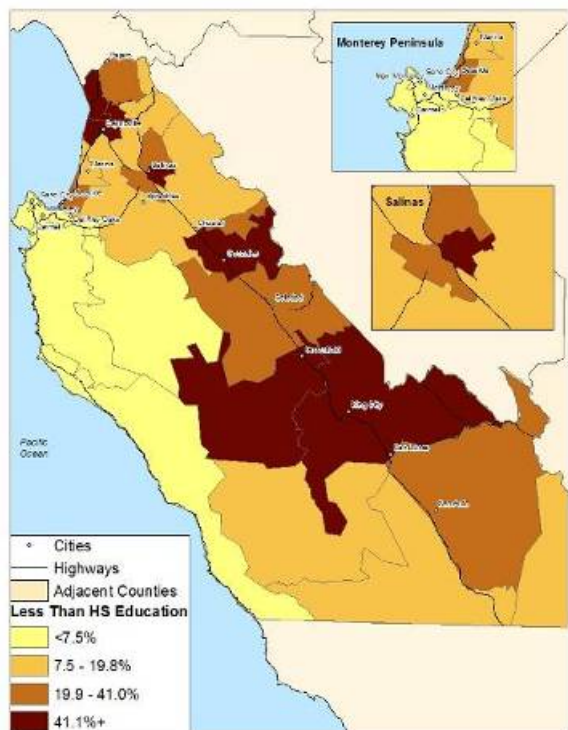
Casi desde el inicio del proceso del Comité de Planificación Estratégica, el grupo trabajó a fin de identificar el mejor enfoque para recopilar datos concernientes a los indicadores de salud del Condado. Los miembros del Comité insistieron en garantizar que los datos presentados a la comunidad eran relevantes y útiles para involucrar a los residentes del Condado de Monterey en conversaciones significativas acerca de los activos de salud, los desafíos y las necesidades específicas de su comunidad.

Debido a las marcadas diferencias que se encontraron entre las cuatro regiones del condado (norte, costera, Salinas, y Sur), los miembros del Comité de Planificación Estratégica estuvieron de acuerdo respecto de un enfoque regional para abordar las condiciones y las desigualdades en la salud.

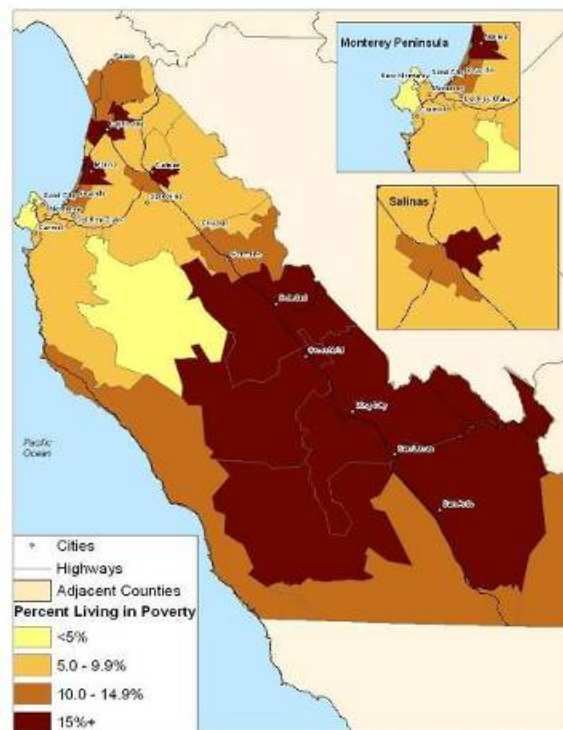
El enfoque regional se encuentra documentado* como relevante y prometedor para reducir las desigualdades en la salud. Este enfoque examina cómo interactúan el pensamiento, la comunicación y la cultura, y ofrece ayuda para comprender dichas interacciones. Al regionalizar los datos socioeconómicos y de salud junto con nuestro proceso de participación comunitaria, los residentes pudieron asociar los datos, sus preocupaciones, los puntos fuertes regionales, los desafíos, y las soluciones adecuadas.



Distribución de los residentes del Condado de Monterey que no tienen un título secundario



Distribución de los residentes del Condado de Monterey que viven en la pobreza



*Wallack, Lawrence (2008). *Puedes Llegar allí desde aquí*, Foro de Equidad y Oportunidad Social (You can get there from here; Social Equity and Opportunity Forum), Universidad de Portland.

Próximos pasos: Cómo promover la salud en todas las políticas

Salud en Todas las Políticas (HiAP, por sus siglas en inglés) es un enfoque colaborativo que se ha usado para a nivel internacional para crear un mayor acceso a la salud, reducir las desigualdades, y centrarse en los aspectos preventivos de la salud pública.

HiAP reconoce que la salud y la prevención son afectadas por las políticas que son administradas por entidades no sanitarias tanto gubernamentales como no gubernamentales, y que muchas estrategias para mejorar la salud también ayudan a cumplir los objetivos de política de otras agencias. Las oportunidades más grandes que tenemos para abordar las grandes cargas restantes de enfermedad/dolencia por lo general se encuentran en el ámbito de la política.

Las políticas han producido muchas de nuestras mejoras más importantes en la

Problemas	Políticas	Resultados
Alta prevalencia y mortalidad por cáncer de pulmón	Prohibición de consumo de tabaco Impuesto sobre el tabaco	Reducción significativa de enfermedades de pulmón y muertes relacionadas Reducción significativa de fumadores pasivos
Lesiones y muertes relacionadas con automóviles	Leyes sobre cinturones de seguridad Leyes sobre el uso de cascos Leyes sobre los asientos de coche	Reducción significativa de lesiones y muertes
Prevalencia y muerte por Sarampión, Paperas, Rubéola, Gripe, Difteria	Requisitos de vacunación Vacunas gratuitas o a bajo costo	Reducción significativa de la prevalencia de la enfermedad

Con colaboración y cooperación, la salud en todas las políticas puede lle-

De		a aquí
Problemas	Políticas	Resultados
Acceso a asistencia médica Obesidad Cardiopatías Apoplejía Complicaciones en el parto Violencia Muerte prematura	Salud en Todas las Políticas	Mejor acceso Reducción de la obesidad Reducción de cardiopatías Reducción de apoplejías Mejores resultados en el parto Mayor seguridad Reducción de los años potenciales de vida perdidos (YPLL)

Algunos ejemplos de las Metas de Salud en Todas las Políticas de otras comunidades

Ejemplo: California

- Que todos los residentes tengan la opción de caminar, andar en bicicleta, o tomar un transporte público a la escuela, al trabajo y a los destinos necesarios de manera segura.
- Que todos los residentes vivan en una vivienda segura, salubre, y asequible.
- Que todos los residentes tengan acceso a lugares para mantenerse activos, incluyendo parques, espacios verdes, y árboles de dosel saludables.
- Que todos los residentes puedan vivir y estar activos en sus comunidades sin miedo a la violencia o al delito.
- Que todos los residentes tengan acceso a alimentos saludables, asequibles en la escuela, el trabajo, y en sus barrios.
- Que los políticos estén informados acerca de las consecuencias en la salud de varias opciones de la política durante el proceso de desarrollo de políticas.

Ejemplo: East Palo Alto

- Mayor acceso a transporte público seguro
- Ampliación de los recursos del barrio, incluyendo el acceso a productos agrícolas frescos
- Mayores oportunidades para la actividad física y transporte activo
- Reducción de lesiones a peatones y ciclistas
- Mayor acceso a espacios públicos seguros, de alta calidad
- Aumento de redes sociales

Ejemplo: Pacífica

- Usar el Sistema de Salud para acceder a datos sobre los problemas locales de salud
- Educar a la comunidad sobre cómo impactan las políticas del plan general en los resultados de salud a largo plazo
- Involucrar a la comunidad, especialmente a las poblaciones vulnerables, para desarrollar una visión común que sea apoyada por las políticas de salud
- Redactar internamente políticas de salud coherentes o un componente integral de salud
- Proporcionar una muestra del lenguaje de prácticas prometedoras





¿Qué puede hacer el Departamento de Salud del Condado de Monterey (MCHD) para promover la Salud en Todas las Políticas?

- Apoyar y promover Salud en Todas las Políticas en todo el condado.
- Redactar internamente políticas de salud coherentes o un componente integral de salud para el condado (vea el Apéndice 1 Bosquejo del Componente de Salud para el Plan General del Condado de Monterey).
- Centrarse en políticas y servicios relacionados con las tres Iniciativas Estratégicas: Empoderar a nuestra comunidad, Mejorar la seguridad, Garantizar el acceso.
- Educar a los demás departamentos del condado, a los políticos, y a nuestros residentes acerca de las maneras en que las políticas pueden mejorar los resultados de salud.
- Involucrar a nuestros residentes, especialmente a las poblaciones vulnerables, para desarrollar una visión común que sea apoyada por las políticas de salud.
- Involucrar a socios comunitarios, organizaciones y agencias en los asuntos de salud.

“El Centro para Ancianos Castroville proporciona comidas (desayuno y almuerzo) y tienen actividades”.

“También necesitamos un Mercado de agricultores locales y clases de cocina saludable”.

Residentes del Condado del Norte

“Necesitamos más educación para padres, especialmente para saber cómo cambiar los malos hábitos alimenticios”.

“Las escuelas secundarias no abren sus vías al público”.

Residentes de la Región Costera

“Necesitamos incorporar más vegetales y frutas en las escuelas y hacer que sean más baratos que la comida basura”.

“Estaría bien que en las ferias de salud se incluyan más juegos y actividades de nuestra cultura, esto llamaría el interés de toda la familia.”

Residentes de la Región de Salinas

“Mee Memorial proporciona un programa de día de verano para los niños hasta 18 años de edad, con educación sobre nutrición y almuerzos gratuitos”.

“Necesitamos una casa de refugio para mujeres que son abusadas en el hogar y servicios educativos”.

Residentes del Condado del Sur

Apéndice 1: Componente preliminar de salud para el Plan General del Condado de Monterey

Dado que un número cada vez mayor de estadounidenses padece enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, y asma, las investigaciones están mostrando que el entorno construido; la forma en que están construidas las comunidades estadounidenses, contribuyen a los índices epidémicos de estas enfermedades.

Los profesionales de planeamiento y salud pública de todo el país han comenzado a promover el diseño y desarrollo de políticas que facilitan la actividad física y las interacciones cordiales como antidotos.

Las políticas de apoyo a la salud también sirven para institucionalizar las sociedades interdisciplinarias y garantizar que las estrategias de implementación estén integradas en las políticas desde el principio.

El Componente de Salud para el Plan General del Condado de Monterey está organizado según el problema de salud (por ejemplo, fácil acceso a alimentos nutritivos para todos los residentes) a diferencia del componente del plan general (por ejemplo, uso de la tierra, circulación).

Componente preliminar de salud para el Plan General del Condado de Monterey

Visión

El Condado de Monterey tiene el compromiso de promover la salud y el bienestar de todos sus residentes. Luchamos por ser un condado activo, inclusivo, y responsable, donde se fomenten los hábitos saludables en vez de que estos sean desalentados por el entorno que construimos. El logro de nuestra visión requiere el reconocimiento previo de las relaciones ignoradas que existen entre el entorno existente y la salud, especialmente la influencia que los patrones del uso de la tierra, la densidad, las estrategias de transporte, y el diseño de las calles tienen en las enfermedades crónicas y en las desigualdades en la salud.

Meta 1: Fomentar la salud y el bienestar de todos los residentes.^{1, 2}

Objetivo 1.1: Establecer relaciones e implementar procedimientos que hagan que la salud de la comunidad sea una prioridad para la comunidad.

Meta 2: Trabajar en conjunto con la comunidad para desarrollar y lograr la visión del plan general para una comunidad saludable.³

Objetivo 2.1: Proveer oportunidades para que la comunidad participe en el proceso de planificación del condado.

Meta 3: Crear oportunidades prácticas y seguras para la actividad física para residentes de todas las edades y niveles de ingresos.⁴

Objetivo 3.1: Garantizar que todos los residentes puedan caminar a fin de que satisfagan sus necesidades diarias.

Objetivo 3.2: Construir barrios con lugares seguros y atractivos para ejercicios recreativos.⁵

Objetivo 3.3: Crear un sistema de transporte equilibrado que tenga en consideración la seguridad y la movilidad de peatones, de ciclistas, de quienes andan con cochecitos y en sillas de ruedas del mismo modo que de los conductores de automóviles.⁶

Adaptado de "Cómo crear e implementar Planes Generales de Salud mediante la Planificación de Lugares Saludables", un programa de la Legislación y Políticas de Salud Pública y Raimi + Associates.

Para obtener información más detallada y las políticas relacionadas con cada meta, vea http://www.phlpnet.org/healthy-planning/create_implement_gp

Meta 4. Proporcionar un acceso seguro y práctico a alimentos saludables para todos los residentes.⁷

Objetivo 4.1: Proporcionar oportunidades seguras y prácticas para comprar frutas y vegetales frescos garantizando que las fuentes de los alimentos saludables sean accesibles en todos los barrios.

Objetivo 4.2: Fomentar hábitos alimenticios saludables y mensajes alimenticios saludables.

Objetivo 4.3: Evitar la concentración de proveedores de alimentos no saludables en los barrios.⁸

Objetivo 4.4: Proporcionar amplias oportunidades para jardines comunitarios y granjas urbanas.⁹

Objetivo 4.5: Preservar la agricultura y las tierras de labranza regionales como una fuente de frutas y vegetales saludables y locales y de otros alimentos, y conectar los mercados de alimentos locales con la agricultura local.¹⁰

Meta 5: Buscar una estrategia integral para garantizar que los residentes respiren aire puro y beban agua potable.¹¹

Objetivo 5.1: Reducir la dependencia de los automóviles que tienen los residentes.

Objetivo 5.2: Proteger las casas, escuelas, lugares de trabajo, y negocios de las principales fuentes de contaminación atmosférica exterior.

Objetivo 5.3: Priorizar los esfuerzos “ecológicos” para mantener el aire puro y el agua limpia.

Objetivo 5.4: Promover la calidad salubre del aire exterior.

Meta 6. Promover los barrios que apoyen la salud mental y promuevan el capital social.¹²

Objetivo 6.1: Priorizar las viviendas asequibles y la capacidad de vivir cerca del trabajo.

Objetivo 6.2: Apoyar barrios integrados y las viviendas adaptables para la tercera edad a fin de promover la salud y la seguridad.

Objetivo 6.3: Construir diferentes espacios públicos que provean lugares agradables para que los vecinos se conozcan y se reúnan.

Objetivo 6.4: Buscar una estrategia integrada para reducir el delito y la violencia en las calles.

Meta 7. Ubicar servicios de salud en toda la comunidad y especialmente cerca de quienes más los necesitan.

1 Para obtener buenos ejemplos de lenguaje de salud de orientación general, vea el plan general de Ventura y el componente de salud de Benicia.

2 La Herramienta de Medición del Desarrollo de la Salud (HDMT, por sus siglas en inglés) es una buena recopilación de fundamentos y hallazgos orientados a la salud, así también como de estándares medibles orientados a la salud, esta se encuentra disponible en www.TheHDMT.org.

3 El plan general de South Gate incluye lenguaje sobre la participación en el proceso de planificación general (no específico a las políticas relacionadas con la salud).

4 Vea los planes generales para las ciudades de Ventura, Sacramento, Azusa, y Oakland.

5 Vea el estándar de parque de Ventura, y el estándar del próximo parque de Richmond.

6 Vea los planes generales para el Condado de Marin y Azusa, así también como las directrices para apaciguar el tráfico de San José.

7 Vea los planes generales para Chula Vista, el Condado de Marin, y Oakland.

8 Vea las restricciones de Calistoga sobre los restaurantes “formula”, y las restricciones sobre tiendas de bebidas alcohólicas de Carmel-by-the-Sea.

9 Vea el estándar de jardines de la comunidad de Seattle.

10 Vea el plan general de Davis (capítulo 15, Agricultura, Tierra y Minerales) para consultar las políticas sobre preservación agrícola (no incluye un fundamento de salud ni de nutrición). El plan integral de la ciudad de Madison incluye políticas en apoyo de las relaciones entre el Mercado rural y urbano.

11 El Distrito para la Administración de la Calidad del Aire de Sacramento ha redactado un componente modelo de la calidad del aire (<http://airquality.org/lutran/ModelAQElement.pdf>). Concord ha adoptado el lenguaje en su plan general para eliminar la exposición al humo del tabaco. Vea el plan general de Ventura para ver su meta de reducción de millas recorridas por vehículos, y el esfuerzo “casas saludables” de Seattle para mejorar la calidad del aire del interior.

12 Vea el apoyo de San Francisco para viviendas públicas inclusivas y la Herramienta de Medición del Desarrollo de la Salud del Departamento de Salud de San Francisco, la cual incluye el apoyo para la participación ciudadana de HDMT y la vivienda asequible. Vea las directrices de diseño de Sacramento para mitigar el delito, y el lenguaje del plan general de Benicia que enfatiza la salud mental.



Apéndice 2: Proceso de Planificación Estratégica

En 2010, la Junta de Supervisores del Condado de Monterey adoptó la Iniciativa Estratégica #4 para “Garantizar la capacidad de proporcionar servicios de asistencia médica y humanos accesibles y de calidad en todo el Condado de Monterey”. Para cumplir esta iniciativa, el Departamento de Salud del Condado de Monterey (MCHD) emprendió esfuerzos exhaustivos, que incluyeron a la comunidad durante un período de 6 meses. El Plan de 5 años resultante se enfoca en la prevención y el acceso equitativo a la asistencia médica.

Enfoque del Plan Estratégico

El Taller de Planificación Estratégica del MCHD llevó a cabo un enfoque de tres etapas:

1: Proceso y visión

- ¿Cuál es la meta final para la salud del Condado de Monterey?
- ¿Quién necesita estar involucrado en este plan?
- ¿Cuál es el nuestro proceso para obtener resultados?

2: Examinar los desafíos y oportunidades

- Analizar los datos de la última década
- Identificar los puntos fuertes, los desafíos y las oportunidades
- Resumir las preocupaciones principales a ser abordadas

3: Implementación

- Establecer las metas internas del MCHD y las metas para la salud del Condado de Monterey
- Establecer plazos de tiempo realistas
- Hacer un seguimiento del progreso y de los resultados
- Informar los resultados a los miembros de nuestra comunidad



Plan Estratégico del MCHD para el 2011-2015

Propósito y objetivos

Este plan estratégico proporciona directrices para:

- Las prioridades de salud pública del MCHD
- La planificación y prestación del programa
- El enlace comunitario y la reducción de desigualdades

Debido a que los miembros de la comunidad participaron en la creación de este plan, el MCHD puede:

- Tomar decisiones mejor informadas
- Abordar proactivamente las preocupaciones de la comunidad
- Priorizar los programas y las actividades de salud
- Documentar las necesidades comunitarias cuando se solicitan fondos de subsidio
- Mejorar los servicios de salud de manera significativa
- Incrementar la colaboración con los socios comunitarios
- Aumentar más nuestra conciencia comunitaria de los problemas de la salud pública
- Entender mejor lo que se necesita para reducir las desigualdades en la salud

Apéndice 3: Proceso de aporte y programa de reuniones en la comunidad

El personal del MCHD asistió a reuniones comunitarias que se llevaron a cabo durante seis meses en todo el Condado de Monterey para presentarles a los residentes el proceso de planificación estratégica del MCHD, el Marco de Equidad en la Salud (vea el Apéndice 4), la evaluación actual de la salud comunitaria, y los datos de desigualdad regional.

El personal del MCHD y del Centro Médico Natividad visitó una variedad de grupos comunitarios; de Grupos de Padres de Trabajadores Agrícolas Extranjeros a la Liga Infantil.

Se les pidió a los residentes que mencionen sus preocupaciones más apremiantes referentes a la salud y hablen acerca de las mejoras que les gustaría ver. En general, de noviembre del 2010 a abril del 2011, más de 500 personas asistieron a reuniones en 21 sitios y respondieron una encuesta en línea.



Datos demográficos de los participantes de la Reunión Comunitaria, noviembre del 2010-Abril del 2011

Reuniones Comunitarias	Región del Condado ¹				
	Conda- do del- Norte	Región Costera	Región de Sali- nas	Conda- do del Sur	Total
Lugares de la reunión	2	6	7	6	21
Comunidad de residencia del participante de la reunión	60	159	136	183	545
Comunidad de residencia del encuestado en línea	3	12	5	3	23
Datos demográficos del Participante					
Femenino	78%	82%	75%	70%	76%
Edad (media de años)	44	39	40	29	36
Rango de edad (años)	15-66	12-87	16-87	15-73	12-87
Raza/Origen étnico					
Hispano	73%	22%	57%	88%	58%
Blanco	19%	54%	21%	4%	25%
Afroamericano	2%	8%	7%	0%	4%
Asiático/isleño del Pacífico	3%	10%	11%	1%	6%
Otro	2%	3%	0%	8%	4%
Desconocido	2%	3%	4%	0%	2%

Nota: El cómputo de participantes de la reunión se realizó a partir de las hojas de registro de asistentes de la reunión. Se estima que aproximadamente 15% de los asistentes de la reunión no usaron la hoja de registro.

¹Condado del Norte = Prunedale, Aromas, Pajaro, Moss Landing, Royal Oaks, Elkhorn

Región Costera = Monterey, Carmel, Carmel Valley, Big Sur, Marina, Seaside, el Corredor de Highway 68

Región de Salinas = Ciudad de Salinas y la zona de los alrededores no incorporada

Condado del Sur = Todas las comunidades al sur de Salinas en el Valle de Salinas

Apéndice 3: Proceso de aporte comunitario y programa de la reunión (continuación)

Grupo comunitario	Fecha	Hora	Lugar	Datos demográficos del público	Comunidades representadas
Clase 1 de Psicología de Hartnell	16/11/2010	18:00 horas	King City	Adultos jóvenes, Ingresos bajos, Hispanos	Greenfield, King City, Soledad
Clase 2 de Psicología de Hartnell	18/11/2010	18:00 horas	Soledad	Adultos jóvenes, Ingresos bajos, Hispanos	King City, Gonzales, Soledad, Greenfield, Castroville
Clase 3 de Psicología de Hartnell	20/11/2010	18:00 horas	King City	Adultos jóvenes, Ingresos bajos, Hispanos	King City, Greenfield, Salinas, San Lucas, San Ardo,
Clase de Inglés de la Escuela para Adultos de Salinas	8/12/2010	14:00 horas	Salinas	Adultos jóvenes, Ingresos bajos, múltiples razas	Salinas
Liga Infantil	20/01/2010	19:00 horas	Salinas	Mujeres, ingresos moderados a altos, blancas	Salinas, Monterey, PG, Seaside, Carmel Valley, Royal Oaks, Carmel
Promotores del Centro de Defensoría de la Comunidad	29/01/2010	19:00 horas	Salinas	Ingresos bajo, Hispanos	Salinas, Castroville, Carmel
Grupo de la Iglesia Católica de Soledad	27/01/2011	18:00 horas	Soledad	Jóvenes, Adultos jóvenes, Padres, Hispanos	Soledad
Iglesia Emmanuel Church of God in Christ	8/02/2011	18:00 horas	Seaside	Adultos, Afroamericanos	Seaside, Marina, Salinas, Moss Landing
Consejo Asesor Multi-agencias de Big Sur [*]	11/02/2011	10:00 AM	Big Sur	Todos los residentes de Big Sur	Big Sur
Liga de Ciudadanos Latinoamericanos Unidos (LULAC) de Castroville	12/02/2011	10:30 AM	Castroville	Adultos, Ingresos moderados, Hispanos	Castroville, Moss Landing, Prunedale
Centro Cristiano Souled Out	12/02/2011	12:00 PM	Salinas	Afroamericanos	Salinas
Clase de Salud Pública de la Universidad Estatal de California de la Bahía de Monterey	14/02/2011	16:00 horas	Marina	Adultos jóvenes, Diversas razas	Estudiantes de la Universidad Estatal de California-Bahía de Monterey (CSUMB)
Vigilancia Vecinal del Parque de Monterey	16/02/2011	18:00 horas	Salinas	Padres, Ingresos moderados a altos, Diversas razas	Salinas
Almuerzo de la Red Latina (Latino Network Luncheon [*])	17/02/2011	12:00 PM	Salinas	Ingresos moderados a altos, Hispanos	Salinas
Grupo de padres extranjeros	23/02/2011	17:30 horas	Castroville	Padres, Ingresos bajos, Hispanos	North County
Junta Escolar de Chualar	23/02/2011	18:00 horas	Chualar	Padres, Hispanos	Chualar
Grupos de padres de Seaside - Escuela Primaria King	24/02/2011	17:30 horas	Seaside	Padres, Hispanos	Seaside
Voluntarios del Centro Médico Natividad	2/03/2011	17:30 horas	Salinas	Adultos y Adultos mayores, Asiático americanos	Salinas
Lugar de los Padres	8/03/2011	10:00 AM	Pacific Grove	Padres, Diversas razas	Monterey, Pacific Grove, Seaside
Grupo de padres de Chualar	2/03/2011	18:00 horas	Chualar	Padres, Hispanos	Chualar
Empleados del MCHD	28/03/2011	12:00 PM	Salinas	Adultos, Ingresos moderados, Diversas razas	Condado de Monterey
Instituto de Trabajadores Agrícolas de Greenfield	20/03/2011	15:00 horas	Greenfield	Adultos, Ingresos bajos, De Oaxaca	Greenfield
Iglesia Presbiteriana de Monterey Church	10/04/2011	11:40 AM	Monterey	Adultos mayores, Ingresos moderados a altos, Blancos	Monterey, Carmel, Pebble Beach
En Internet	Febrero-Abril 2011	No Aplica	Web	Adultos, Diversas razas	Todo el Condado

^{*} Estas reuniones consistieron únicamente en presentaciones; si bien no se recopiló el aporte comunitario debido a la falta de tiempo, se animó a la audiencia para que se pusiera en contacto con el MCHD para obtener más información y dar su aporte.

Apéndice 4: Conclusiones similares

La tabla abajo muestra los indicadores de salud que son similares a los del plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD los cuales también habían sido identificados en otras evaluaciones recientes llevadas a cabo por varios grupos comunitarios.

<p>Más estudios de salud</p> <p>Diabetes</p> <p>Alta presión arterial</p> <p>Bajo peso al nacer</p> <p>Índice de mortalidad por accidentes automovilísticos</p> <p>Sobrepeso/obesidad</p> <p>Estado de salud malo o regular</p> <p>Índice de médicos de atención primaria</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Apoplejía</p> <p>Índice de nacimientos de madres adolescentes</p> <p>Sin seguro médico</p>	<p>Cómo construir comunidades saludables, 2010</p> <p>Que los niños y sus familias sean protegidos contra la violencia en las comunidades/hogar</p> <p>Que todos los niños tengan cobertura de salud</p> <p>Que los servicios humanos centrados en la salud y la familia enfoquen los recursos hacia la prevención</p> <p>Que las comunidades apoyen el desarrollo saludable de los jóvenes</p> <p>Que haya un mejor acceso a casas salubres que apoyen conductas saludables</p> <p>Que los barrios/ámbitos escolares apoyen mejores una mejor salud y conductas saludables</p>
<p>Salud maternal, infantil y adolescente, 2010</p> <p>Niños y adolescentes con sobrepeso</p> <p>Mortalidad de adolescentes</p> <p>Índice de natalidad de madres adolescentes</p> <p>Diabetes infantil</p> <p>Porcentaje con servicios médicos y acceso a la asistencia médica</p> <div data-bbox="180 1612 722 2060" style="border: 2px solid purple; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nota: El texto en verde indica una preocupación de salud idéntica o similar a las que fueron identificadas en el proceso de aporte comunitario del Plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD. El texto en negro indica las preocupaciones que no fueron identificadas en el proceso de aporte comunitario del Plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD.</p> </div>	<p>Que se reduzcan las brechas de salud para los chicos y hombres jóvenes de color</p> <p>Que la salud comunitaria aumente la relación con el desarrollo económico</p> <p>Que los residentes vivan en comunidades que tengan un uso de la tierra que promueva la salud, el transporte y el desarrollo comunitario</p> <p>Que California tenga una visión compartida de la salud comunitaria</p> <p>Perfiles de salud del MCHD</p> <p>Diabetes</p> <p>Bajo peso al nacer</p> <p>Sobrepeso/obesidad</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Apoplejía</p>

Apéndice 4: Conclusiones similares (continuación)

La tabla abajo muestra los puntos fuertes, los desafíos, y las soluciones que son similares a las del Plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD que también habían sido identificadas en otras evaluaciones recientes por varios grupos comunitarios.

Evaluación	Puntos fuertes	Desafíos	Soluciones
Informe de la calidad de vida de las mujeres y jóvenes del 2011	<ul style="list-style-type: none"> Programas locales de empoderamiento de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar la educación de calidad, programas de empoderamiento Estrés económico Opciones de transporte para personas con ingresos bajos 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades saludables y programas de empoderamiento en la escuela Centro de cuidado para adultos mayores Cobertura médica para mujeres mayores
Evaluación de la salud maternal, infantil y adolescente del Condado de Monterey del 2010	<ul style="list-style-type: none"> Sociedades y grupos colaborativos 	<ul style="list-style-type: none"> Sobrepeso Mortalidad adolescente Natalidad de madres adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Aporte de los partícipes Programas para mejorar las oportunidades educativas y el empoderamiento Educación sobre la crianza de los hijos
Liga de Ciudadanos Latinoamericanos Unidos (LULAC) de Castroville 2009	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones comunitarias 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad de la comunidad Desempleo Acceso a los servicios (familiares, por consumo de drogas, alcohol) 	<ul style="list-style-type: none"> Educación para padres Empleo/programas de empoderamiento Vigilancia comunitaria Más eventos comunitarios positivos Más participación de las organizaciones religiosas
Cómo construir comunidades saludables: Alisal/East Salinas 2010	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones comunitarias y locales 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad de la comunidad Cobertura médica Desarrollo de los jóvenes Falta de servicios de prevención 	<ul style="list-style-type: none"> Bienestar económico a través de la educación y de oportunidades de desarrollo Programas de prevención Mejoramiento de la seguridad física y emocional Mayor participación con las escuelas, funcionarios

Apéndice 5: Marco de equidad en la salud

Marco de equidad en la salud

La mayoría de las condiciones de mala salud que afectan a la gente hoy en día son evitables. En gran parte, los cambios en las conductas personales pueden volver a encaminar a las personas. Algunos ejemplos son hacer más ejercicio, elegir alimentos más saludables, usar cinturón de seguridad, y dejar de fumar.

Sin embargo, muchas condiciones son difíciles de controlar debido a desafíos ambientales, sociales, y económicos

que afectan de manera dispar a las personas que son pobres, que no tienen seguro médico o que tienen un nivel de alfabetización limitado.

El Marco de Equidad en la Salud¹ es un enfoque que procura prevenir las condiciones de salud graves y reducir las desigualdades en la salud centrando la atención en “los primeros eslabones de la cadena” de las desigualdades para acabar con la discriminación, la perpetuación institucional, y las desigualdades sociales.

Primeros eslabones de la cadena (Upstream)

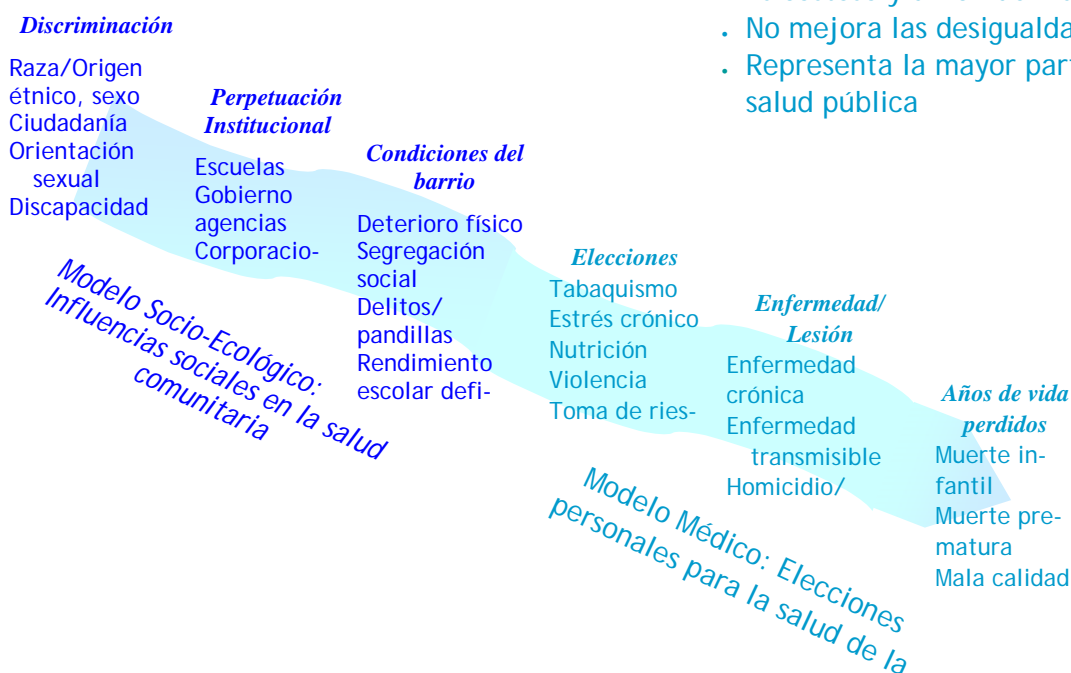
El Modelo Socio-Ecológico examina las causas dispares de la mala salud comunitaria:

- Examina el efecto de los prejuicios sociales y la pobreza en la salud de la comunidad
- Considera las barreras institucionales que perpetúan las desigualdades
- Aborda las condiciones ambientales que afectan de manera dispar a la gente marginada

Últimos eslabones de la cadena (Downstream)

El Modelo Médico se enfoca en las personas individuales para solucionar su problema urgente de salud:

- Atiende la necesidad urgente de salud de una persona pero no la condición de la comunidad que ha creado o contribuido al problema
- Es costoso y difícil de mantener
- No mejora las desigualdades en la salud
- Representa la mayor parte del gasto de salud pública



¹ Tony Iton, Doctorado en medicina, Doctorado en Derecho, Maestría en Salud Pública, Julio del 2008

Apéndice 6: Resumen de la Ley de Reforma de la Asistencia Médica

Cobertura:

- Se ampliará la cobertura a 32 millones de estadounidenses que actualmente no cuentan con un seguro médico.

Intercambio de seguro médico:

- Las personas sin seguro médico o que son trabajadores autónomos podrían comprar el seguro a través del intercambio estatal con subsidios disponibles para personas y familias con ingresos entre el 133 por ciento y el 400 por ciento del nivel de pobreza.
- Se crearían intercambios separados para que las pequeñas empresas compren la cobertura; en vigencia a partir del 2014.
- Habrá financiamiento disponible para que los estados establezcan intercambios dentro del año de la promulgación de la ley y hasta el 1 de Enero del 2015.
- Los inmigrantes ilegales no podrán comprar el seguro médico en los intercambios.

Subsidios:

- Las personas y las familias con ingresos entre 100% y 400% del Nivel Federal de Pobreza que quieran comprar su propio seguro médico en un intercambio califican para los subsidios. Ellos no califican para Medicare, Medicaid y no pueden tener la cobertura de un empleador. Los compradores elegibles reciben créditos de prima y hay un límite máximo respecto de cuánto tienen que aportar a sus primas de acuerdo a una escala móvil.

Pago del Plan:

- Impuesto sobre nómina de Medicare sobre ingresos por inversión: A partir del 2012, el impuesto sobre Nómina de Medicare será ampliado para que incluya las rentas. Esto serán un impuesto sobre ingresos por inversión de 3.8 por ciento sobre rentas para las familias que tengan ingresos de más de \$250.000 por año (\$200.000 por persona).
- Impuesto especial: A partir del 2018, las compañías de seguros pagarán un impuesto especial del 40 por ciento sobre los planes de seguro de alta categoría llamados "Cadillac" que tienen un valor superior a \$27.500 por familia (\$10.200 por persona). Los planes odontológicos y oftalmológicos están exentos y no serán contabilizados en el costo total de un plan de familia.
- Impuesto de consumo por servicios de bronceado: Impuesto especial del 10 por ciento a servicios de bronceado artificial.

Medicare:

- Se cierra el "período de carencia (sin cobertura)" para los medicamentos con receta de Medicare para el 2020. Los ancianos que se encuentren con el período de carencia para el 2010 recibirán un reembolso de \$250.
- A partir del 2011, los ancianos que se encuentren en períodos sin cobertura recibirán un descuento del 50 por ciento en los medicamentos de marca. El proyecto de ley también incluye \$500 billones en recortes de Medicare durante la próxima década.

Medicaid:

- Se amplía Medicaid para que incluya 133 por ciento del nivel federal de pobreza lo cual es \$29,327 para una familia de cuatro personas.
- Requiere que los estados amplíen a Medicaid para que incluya a los adultos sin hijos a partir del 2014.
- El Gobierno Federal paga el 100 por ciento de los costos para cubrir a las personas que han calificado recientemente hasta el 2016.
- Los inmigrantes ilegales no califican para Medicaid.

Reformas del seguro:

- Seis meses después de la promulgación de la ley, las compañías de seguros no pudieron negar la cobertura infantil en base a una condición preexistente.
- A partir del 2014, las compañías de seguros no pueden negarle la cobertura a ninguna persona con condiciones preexistentes.
- Las compañías de seguros deben permitir que los niños permanezcan en los planes de seguro de sus padres hasta los 26 años de edad.

Aborto:

- El proyecto de ley aparta los fondos de las primas de seguros privados de los fondos de contribuyentes. Las personas tendrían que pagar por la cobertura del aborto efectuando dos pagos separados, los fondos privados tendrían que guardarse en una cuenta separada de los fondos federales y de contribuyentes.
- No se requeriría que ningún plan de atención médica ofrezca la cobertura del aborto. Los estados podrían aprobar legislación eligiendo no participar en el ofrecimiento de la cobertura del aborto a través del intercambio. Por separado, *los Demócratas antiabortistas sostuvieron una conversación con la Casa Blanca sobre una orden ejecutiva que estipularía que ningún fondo federal puede ser usado para pagar por los abortos excepto en caso de violación, incesto o salud de la madre*

Mandato individual:

- En 2014, todos deben comprar el seguro médico o deberán hacer frente a una multa anual de \$695. Existen algunas excepciones para las personas con ingresos bajos.

Mandato para el empleador:

- Técnicamente, no hay ningún mandato para el empleador. Los empleadores que tengan más de 50 empleados deben proporcionar seguro médico o pagar una multa de \$2.000 por trabajador cada año si el trabajador recibe subsidios federales para comprar el seguro médico. Las multas serán aplicadas al número completo de empleados menos algunas prestaciones.

RREAP

metas

liderazgo

Reordenamiento

comunidad

Regional

decisiones

para el abordaje

personas

iniciativas

Eficaz de Prioridades

Un documento complementario del Plan Estratégico para el 2011-2015 del Departamento de Salud del Condado de Monterey

aporte

recursos

Creando juntos un legado de salud

políticas

1270 Natividad Road, Salinas, CA 93906

831/ 755-4500

www.mtyhd.org

Ray Bullick, Director

Septiembre del 2011

compromiso

Implementación del Plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD con RREAP:

Reordenamiento Regional para el Abordaje Eficaz de prioridades

RREAP es un proceso de 3 pasos que hará que el Plan Estratégico para el 2011-2015 del MCHD rinda frutos. RREAP sienta las bases para la creación de vías de comunicación y referencia, identificando los reordenamientos interdepartamentales potenciales, estructurando los servicios regionales de salud, y manteniendo la participación comunitaria en la planificación futura.

Etapa de Planificación: RREAP utiliza cuatro tipo de evaluaciones identificadas en el modelo Movilización para la Acción a través de Planificación y Sociedades (MAPP, por sus siglas en inglés) desarrollado por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)) y la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados (NACCHO, por sus siglas en inglés). Tres de estas evaluaciones ya están completas:

#1 Temas y puntos fuertes de la comunidad ✓Realizada

#3 Estado de Salud de la comunidad ✓Realizada

A continuación:

#2 Oportunidades de la Reforma de Asistencia médica:

Finalizar el análisis fiscal de los impactos y oportunidades de la reforma de asistencia médica

#4 Evaluación de las Fuerzas del Cambio:

Con orientación profesional, finalizar un Enfoque Regional que aborde eficazmente las prioridades principales:

- Eliminando el trabajo repetido
- Formalizando la participación de información entre Departamentos
- Priorizando y agilizando el abordaje de las principales prioridades regionales
- Adoptando medidas de evaluación

Luego:

Combinar los recursos y realineamientos del programa con los plazos de tiempo. Este proceso no busca abusar de los recursos y presupuestos existentes, sino más bien reordenar los recursos y presupuestos existentes de acuerdo con las prioridades regionales.

MAPP Overview



Ejemplos de Reordenamientos recientes del Programa del MCHD:

1. Colaboración entre el Centro Médico Natividad (NMC) y la División de la Salud del Comportamiento del MCHD y las Oficinas de Salud Pública para formar *ViaCare*, el nuevo programa de seguro médico del Condado de Monterey para personas con bajos ingresos (en desarrollo).
2. Integración del personal de la División de Salud Mental en las clínicas de Atención Médica Primaria del MCHD.
3. Fusión de las antiguas Divisiones de Salud Comunitaria y la Oficina del Funcionario de Salud para crear la División de Salud Pública del Departamento de Salud el Condado de Monterey (MCHD); fusionando los Servicios para Animales con la División de Salud Ambiental del MCHD
4. Colaboración entre las Divisiones del MCHD en numerosas solicitudes de subsidios.

RREAP:**Reordenamiento Regional para Abordar Eficazmente las Prioridades****MAPP Overview****Etapa de Implementación:**

1. Formar un *Grupo de Reordenamiento* (Jefes de las Divisiones del MCHD y un miembro del personal por cada una de las Divisiones de Salud Pública (PH), Salud del Comportamiento (BH), Salud Ambiental (EH), Salud Comunitaria (CH), más las Divisiones de Administración/Finanzas y Epidemiología/Evaluación). Con un facilitador profesional, el Grupo de Reordenamiento llevará a cabo lo siguiente:

- Creará vías internas para la participación información del programa de información e información de referencia(1 reunión).
- Identificará los reordenamientos de recursos y del programa que abordarán de manera más efectiva, eficaz y equitativa las principales prioridades regionales (2 a 3 reuniones (vea los ejemplos en la página anterior)).
- Identificará los procesos de referencia con comprobaciones de antecedentes que abordarán de manera más efectiva, eficaz y equitativa las principales prioridades regionales (1 reunión).

2. Formar cuatro **Equipos regionales de Acción Comunitaria (CAT**, por sus siglas en inglés) formados por personal de

Las iniciativas de impacto colectivo (prioridades regionales) dependen de un grupo variado de partícipes (Divisiones del MCHD) que trabajen en conjunto, no requiriéndoles que hagan las mismas cosas, sino animando a cada participante a llevar a cabo el grupo específico de actividades en el que se destaca de manera que apoye y esté coordinado con la acción de los demás.

PH, BH, EH, y CS (2 por cada región) que estén involucrados en actividades prioritarias, más personal de Administración/Finanzas y Epidemiología/Evaluación. Los Equipos de Acción Comunitaria (CAT) usarán un enfoque de impacto colectivo:

3. CAT usará nuevos medios internos de transmisión de manera regular, continua para compartir los desarrollos en el abordaje efectivo, eficaz y equitativo de las prioridades regionales. Cada CAT comparte la información internamente y con los demás CAT regionales. Los CAT pueden reunirse mensualmente o cada dos meses. Todos los CAT regionales pueden reunirse conjuntamente 2 o 3 veces al año. Se incorporarán Prestadores de Servicio Comunitario al CAT regional conforme sea apropiado para abordar las prioridades de la región. Los Prestadores de Servicio Comunitario consentirán en compartir sus actividades y metas del programa de manera regular y continuada. Los Prestadores de Servicio Comunitario consentirán formalmente en alinear siempre que sea factible los esfuerzos de su programa con las prioridades regionales.
4. Los representantes de CAT (2 representantes de cada región como mínimo) y el **Grupo de Reordenamiento** se reunirán rutinariamente (cada 3, 4 o 6 meses). Las acciones a ser tomadas incluyen:
 - Llevar a cabo una reunión pública con la debida notificación.
 - Proporcionar tiempo para el aporte público al inicio y al final de cada reunión
 - Conversar acerca de los éxitos y desafíos del reordenamiento en el marco de una agenda estructurada.
 - Identificar las responsabilidades fuera del MCHD
5. El **Grupo de Reordenamiento** trabajará para mitigar los desafíos y barreras para el logro de las prioridades regionales.

Visión general de MAPP

RREAP:

Reordenamiento Regional para Abordar Eficazmente las Prioridades

Etapa de Evaluación



1. La evidencia documentada de los reordenamientos internos del sistema del MCHD, la eliminación del trabajo repetido, la participación formalizada de información, los reordenamientos de los recursos y del programa, y los resultados de las prioridades regionales serán reunidos en un informe anual de las actividades de CAT y del Grupo Regional que será entregado al público.
2. El Grupo de Reordenamiento considerará las conclusiones del informe en la dirección adicional o redirección de los CAT regionales.
3. El Grupo de Reordenamiento trabajará con los demás departamentos del Condado de Monterey, funcionarios electos, otras agencias, y Prestadores de Servicios Comunitario de alto nivel para crear una cultura de Salud en todas las políticas a través de la educación y componentes de salud sugeridos. El Grupo de Reordenamiento trabajará con la Junta de Supervisores para adoptar la Salud en Todas las Políticas para el Condado de Monterey.
4. A los 2 años y medio del plan de cinco años, el Comité de Planificación Estratégica repetirá sus series de diálogos comunitarios como una medida de receptividad comunitaria, para:
 - Presentar las actividades de reordenamiento que apoyen las prioridades regionales
 - Conversar acerca de los éxitos y desafíos
 - Recopilar el aporte comunitario sobre las prioridades regionales: ¿siguen siendo relevante? ¿han cambiado las prioridades?
5. Los representantes de los CAT, el Grupo de Reordenamiento, y los Prestadores de Servicios Comunitarios revisarán los resultados reunidos del aporte comunitario, agregarán comentarios, y los entregarán al público.
6. Seis meses antes de la finalización del Plan Estratégico de 5 años del MCHD, el personal del MCHD repetirá sus series de diálogos comunitarios, reanudando de ese modo el proceso del Plan.

¿Qué es una Política de Salud?

La política educativa es política de salud.

La política contra la violencia es política de salud.

La política de limpieza del barrio es una política de salud.

La política de vivienda es política de salud.

Todo lo que hacemos para mejorar la calidad de vida para las personas en nuestra sociedad tiene un impacto en su salud y constituye una política de salud.

Dr. David Williams

Escuela de Salud Pública de Harvard