

EVALUACIÓN CONJUNTA DE SALUD COMUNITARIA DEL CONDADO DE PUEBLO 2024

Julio de 2024, adoptado por la Junta de Salud del Condado de Pueblo el 24 de julio de 2024.



Figura 1: "Final Balloon" - Imagen disponible a través de Share Pueblo, una colaboración para poner a disposición contenido de Pueblo de manera gratuita para fines de marketing.

Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Pueblo

En colaboración con:

UCHealth Parkview Medical Center

CommonSpirit St. Mary Corwin Hospital

Centro de Salud Comunitario de Pueblo

Health Solutions

Índice de contenidos

Descripción del Condado de Pueblo	3
Metodología.....	5
Primera fase: Planificación del proceso	6
Alineación cronológica	6
Alineación de los datos	6
Acreditación	6
Fases de planificación CHAPS para evaluaciones comunitarias.....	6
Segunda fase: Garantizar la equidad y participación de la comunidad	7
Participación de la comunidad.....	7
Equidad	8
Marco BARHII	8
Tercera fase: Realización de la evaluación	9
Recolección de datos secundarios	9
Encuesta a miembros de la comunidad	10
Grupos focales de miembros de la comunidad	10
Eventos comunitarios	10
Cuarta fase: Evaluación de la capacidad	11
Quinta fase: Priorización de temas	12
Primer paso: Directrices iniciales conjuntas sobre prioridades sanitarias de la CHA	14
Segundo paso: Priorización interna del PDPHE de los datos secundarios.....	14
Tercer paso: Priorización de los datos secundarios por el equipo asesor	15
Cuarto paso: Encuesta a los líderes de la comunidad.....	15
Quinto paso: Priorización final del equipo asesor	16
Resultados.....	19
Salud Mental	20
Datos secundarios.....	20
Activos y carencias de los líderes de la comunidad	22
Resultados de los miembros de la comunidad	22
Comportamientos de riesgo/Usos de sustancias	26
Datos secundarios.....	26
Activos y carencias de los líderes de la comunidad	27
Resultados de los miembros de la comunidad	27

Restricciones y evaluación	31
Evaluación del proceso interno.....	31
Evaluación de socios externos	31
Agradecimientos	32
Obras citadas.....	33

Descripción del Condado de Pueblo

Ubicado en el sureste de Colorado, el Condado de Pueblo es el hogar de una población estimada (2020) de 168,162 residentes (SIG del Condado de Pueblo, 2019). Con una superficie Terrestre de 2,386.20 millas cuadradas el Condado de Pueblo es el 13° condado más grande de Colorado (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2024). El Condado de Pueblo consta de 10 comunidades que abarcan desde el sur de Front Range y Wet Mountains en el oeste hasta Arkansas River Valley y Great Plains en el este. Las comunidades del Condado de Pueblo están incluidas en la lista de información a continuación; los vecindarios de la ciudad de Pueblo se muestran en la figura 2 y las comunidades del Condado de Pueblo se muestran en la figura 3.

- Avondale
- Beulah Valley
- Blende
- Boone
- Colorado City
- Pueblo City
- Pueblo West
- Centeno
- Salt Creek
- Vineland

Históricamente, el Condado de Pueblo ha sido el hogar de generaciones de empresarios industriales y agrícolas que valoran profundamente la cultura, la conectividad y la pertenencia. La comunidad tiene profundas raíces hispano/latinas debido a que el Río Arkansas actuó como la primera frontera y centro de comercio entre México y Estados Unidos. Esta cultura se complementa con una rica diversidad de personas que llegaron a Pueblo para trabajar en la fábrica de acero operada por CF&I. Muchos de los vecindarios que aparecen en el mapa del Condado de arriba se crearon hace generaciones y se vieron influidos por factores culturales, financieros y de lenguaje, así como por los centros de transporte y los distritos comerciales.

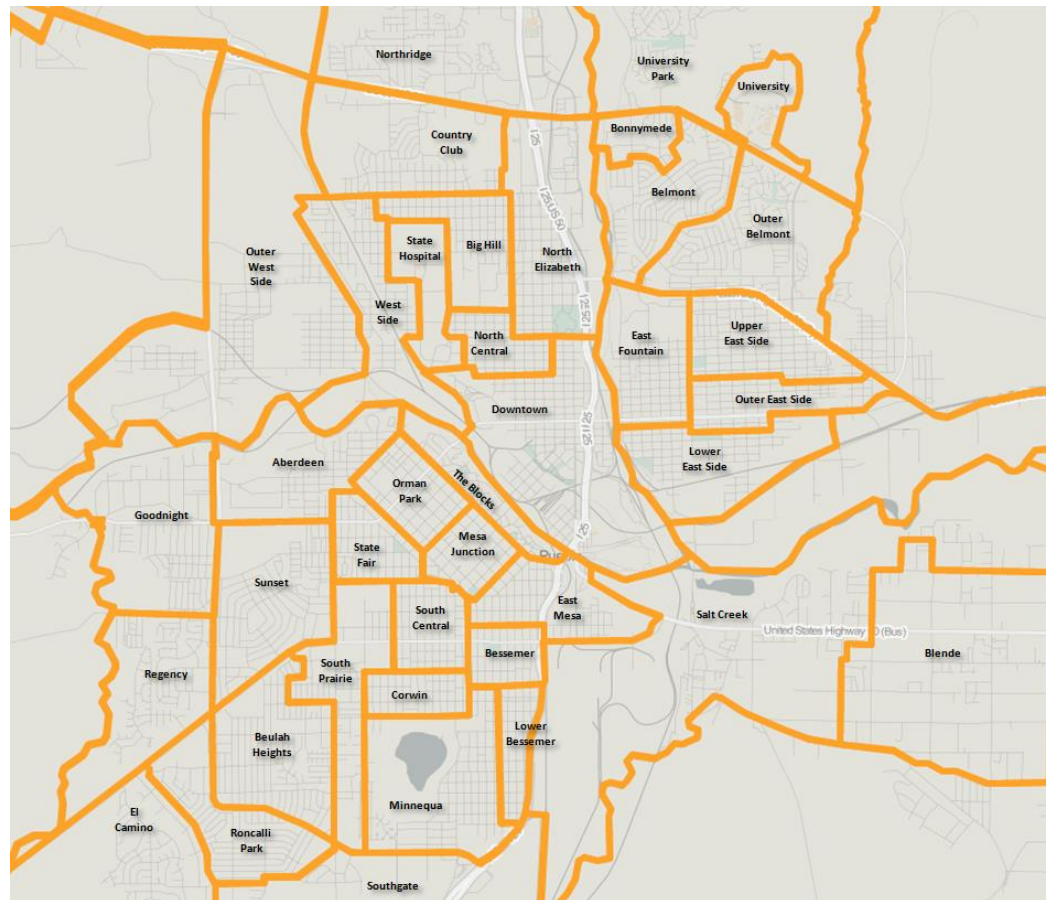


Figura 2: Imagen recogida de "Geographical Perspectives", blog local del profesor del CSU-P Justin Holman.

En la actualidad, el Condado de Pueblo es conocido como la Ciudad del Acero y el Hogar de los Héroes. La comunidad está compuesta por un 9.1% de veteranos, el 16.2% de la población del condado habla un idioma distinto al Inglés en casa, el ingreso medio por hogar es de aproximadamente \$58,723, el 14.8% de la comunidad vive en condiciones de pobreza, más de la mitad de las personas aseguradas utilizan Medicaid o Medicare, y la tasa de empleo es del 51.7%. (Oficina del Censo de Estados Unidos, 2024).

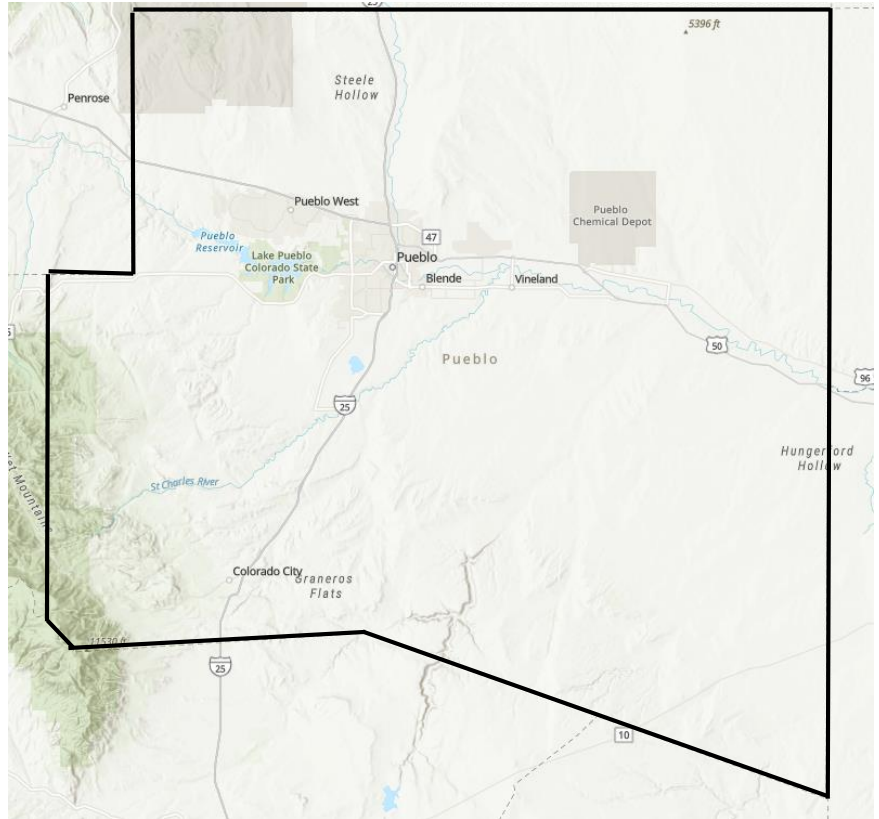


Figura 3: Imagen recabada del SIG del Condado de Pueblo. Filas fronterizas del Condado de Pueblo.

Metodología

El proceso conjunto de evaluación de salud comunitaria (CHA) del Condado de Pueblo se llevó a cabo durante 11 meses, desde septiembre de 2023 hasta julio de 2024. Utilizando el Sistema de Evaluación y Planificación de Salud de Colorado (CHAPS, por sus siglas en inglés) (Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, 2024) el marco curricular provee una guía para que las agencias de salud pública de Colorado desarrollen evaluaciones de la salud de la comunidad y planes de mejora de la salud comunitaria. El marco es apoyado por la Oficina de Práctica de Salud Pública, Planificación y Asociaciones Locales (OPHP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE, por sus siglas en inglés), y esta CHA se llevó a cabo dentro de cinco fases de CHAPS:

1. Planificación del proceso
2. Garantizar la equidad y la participación de la comunidad
3. Realización de la evaluación
 - a. Recolección de datos secundarios
 - b. Encuesta a los líderes de la comunidad
 - c. Encuesta a los miembros de la comunidad
 - d. Grupos focales de miembros de la comunidad
4. Evaluación de la capacidad
5. Priorización de temas

Para la CHA conjunta de 2024, las fases de CHAPS no tuvieron fechas de inicio o final firmes, ya que algunas fases se superpusieron a lo largo del proceso y muchas ocurrieron simultáneamente. La línea de tiempo en la Figura 4 detalla los plazos clave y los objetivos.

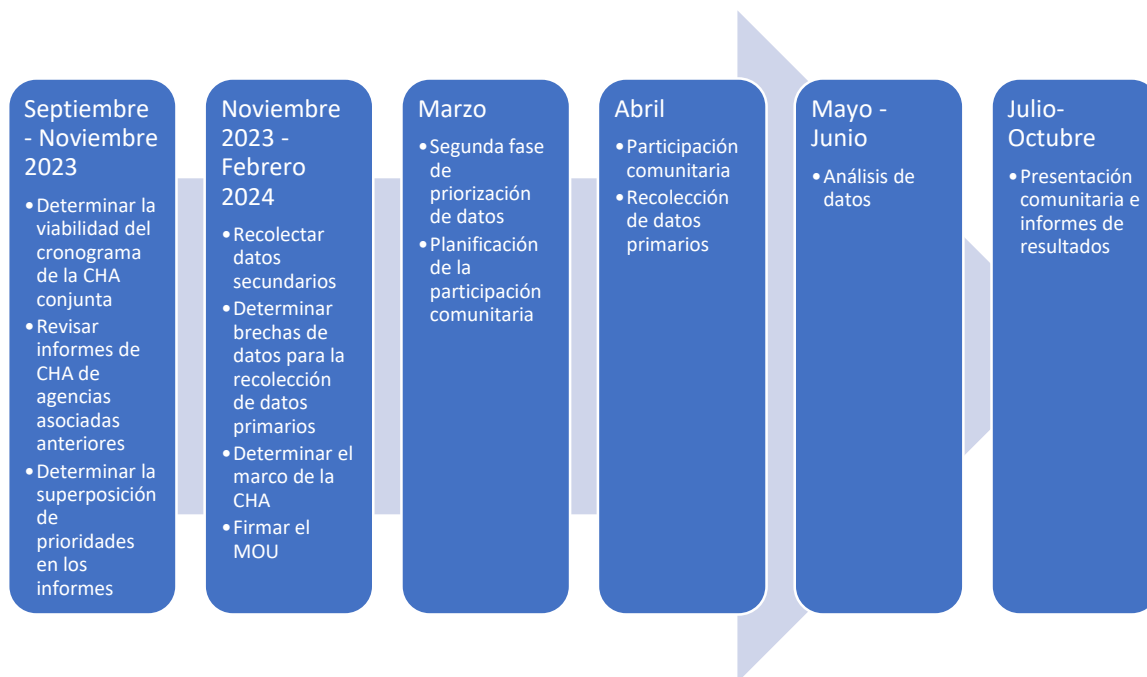


Figura 4: Calendario de la CHA conjunta de 2024 con grandes tareas.

Primera fase: Planificación del proceso

A partir de septiembre de 2023, conversaciones empezaron con los varios sistemas de salud dentro del Condado de Pueblo sobre como una única CHA conjunta podría ser implementada. Al principio esta colaboración comenzó entre PDPHE, UCHealth Parkview (antes de la transición a UCHealth), y St. Mary Corwin (antes de la transición a CommonSpirit). Después de que los primeros tres socios se interesaron en la colaboración, el personal del PDPHE se puso en contacto con Health Solutions y el Centro de Salud Comunitario de Pueblo (PCHC, por sus siglas en inglés) para evaluar el interés. Los socios expresaron interés en colaborar, y se organizaron reuniones para comenzar la planificación y determinar la viabilidad.

Alineación cronológica

El primer y más importante paso de la CHA conjunta fue determinar un cronograma único. Históricamente, PDPHE y todas las entidades de salud pública deben realizar una CHA cada cinco años. Dado que la última CHA se completó en 2021, esto significaba que PDPHE debía realizar la siguiente CHA en 2025. Sin embargo, los sistemas hospitalarios están obligados a llevar a cabo una Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria (CHNA, por sus siglas en inglés) cada tres años, según lo determina el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Health Solutions también estaba trabajando para alinearse con nuevos requisitos que exigen la recolección de datos y una evaluación de salud. La idea de una CHA conjunta fue atractiva para Health Solutions, ya que les permitiría cumplir con sus objetivos de manera anticipada. PCHC también tiene la obligación de realizar evaluaciones de salud comunitaria y recolección de datos en un plazo similar al de los sistemas hospitalarios. A partir de septiembre de 2023, tanto los socios hospitalarios como Health Solutions y PCHC necesitaban completar su próxima CHA/CHNA para fines de 2024 o principios de 2025. Con el fuerte compromiso de los cuatro socios para realizar la primera CHA conjunta, PDPHE aceptó adelantar el proceso y realizar la CHA un año antes de lo previsto.

Alineación de los datos

Se recopilaron y revisaron todos los informes de CHA previos de las agencias asociadas para identificar temas comunes y necesidades de datos mediante una matriz de superposición. Los resultados demostraron que la mayoría de los informes CHA eran similares en cuanto a datos, lo que llevó a la conclusión de que una CHA colaborativa satisfaría las necesidades de todos los socios.

Acreditación

Como departamento de salud pública acreditado, PDPHE debe participar o liderar un proceso colaborativo que resulte en una evaluación integral de la salud comunitaria. Esto permite comprender más a fondo la comunidad, específicamente la salud de la población, los factores que contribuyen a mayores riesgos de salud o peores resultados de salud en poblaciones identificadas, y los recursos comunitarios disponibles para mejorar el estado de salud. El personal de PDPHE revisó los Estándares y Medidas de la Junta de Acreditación de Salud Pública para la evaluación de salud comunitaria, asegurando que todos los elementos necesarios fueran abordados en el proceso de la CHA y se incluyeran en este informe.

Fases de planificación CHAPS para evaluaciones comunitarias

Como muestra la figura 5, las ocho fases de CHAPS sirvieron de apoyo a la organización de la CHA conjunta. Esta integración se describe con más detalle en el apartado "metodología" del presente informe (pág. 5).

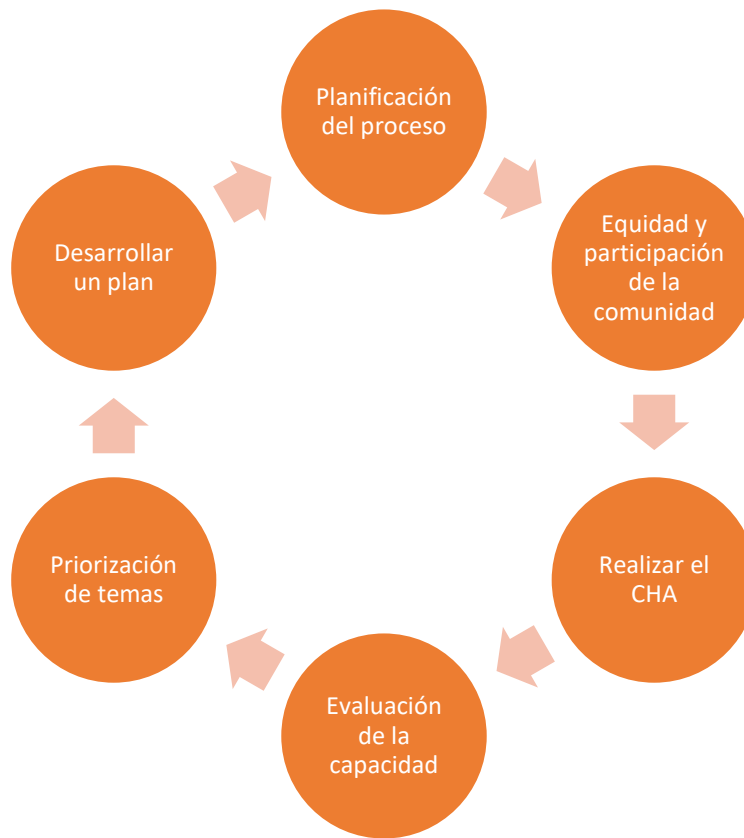


Figura 5: Ocho fases CHAPS para la planificación sanitaria de la comunidad, CDPHE

Segunda fase: Garantizar la equidad y participación de la comunidad

Participación de la comunidad

El IRS requirió que varios de los integrantes completaran el CHA para junio de 2024. Esto dejó al equipo asesor y al equipo interno del PDPHE alrededor de seis meses para completar la recolección de datos, el análisis y la elaboración de informes. Para cumplir con este plazo y aun así lograr una revisión integral de los datos, el equipo del PDPHE sugirió un enfoque de participación comunitaria de dos vertientes: alcance dirigido y recolección de encuestas comunitarias a gran escala.

La primera estrategia incluyó el contacto con poblaciones específicas dentro de la comunidad que históricamente han sido desatendidas o subrepresentadas en los procesos de recolección de datos o evaluación de necesidades. Estos grupos incluyeron: la población de habla hispana, personas con discapacidades, personas que experimentan inestabilidad en la vivienda, jóvenes (de 0 a 25 años) y la población mayor (aproximadamente 60 años o más).

La segunda estrategia se centró en distribuir la encuesta para miembros de la comunidad a la mayor cantidad posible de residentes del Condado de Pueblo a través de diversos medios, explicados con más detalle en la sección "Tercera fase: Realización de la evaluación" del informe.

Equidad

La equidad en salud se integró desde el principio y con un enfoque final en mente en la CHA conjunta de 2024. Todos los socios acordaron que la equidad era un aspecto fundamental de la CHA conjunta, lo que motivó la utilización del marco BARHII, en el cual la equidad es la base.

Además, el Coordinador de Iniciativas de Equidad y Participación de PDPHE participó en el equipo interno de planificación e implementación. Con la orientación del coordinador, se creó un plan de participación comunitaria (basado en las mejores prácticas) y un pilar motivacional. Ambos documentos garantizaron que la CHA conjunta incorporara la voz de diversos residentes y se realizara con objetivos equitativos en mente.

La equidad en salud en la CHA conjunta incluyó:

- Proveer incentivos monetarios para los esfuerzos de participación de la comunidad que requieran mucho tiempo.
- Proveer incentivos materiales a personas que se beneficiarían de suministros y artículos de primera necesidad.
- Reunir a los participantes de los grupos focales en lugares donde ya se encontraban regularmente.
- Utilizar una combinación de métodos de participación comunitaria para adaptarse mejor a las necesidades y rutinas diarias de las poblaciones individuales, como grupos focales, encuestas en persona a través de conversaciones, encuestas en papel entregadas a sus hogares o el envío del enlace de la encuesta en línea por redes sociales y correos electrónicos.
- Ofrecer opciones presenciales y virtuales para cualquier tipo de participación comunitaria y presentaciones de informes.
- Traducir la encuesta para miembros de la comunidad y todos los materiales promocionales al español.
- Contar con un hablante de español en eventos comunitarios dirigidos a hispanohablantes.

Marco BARHII

El Marco de Iniciativa Regional de Inequidades Sanitarias del Área de la Bahía (BARHII, por sus siglas en inglés) se introdujo por primera vez en California en 2002 como un "motor nacional de liderazgo intelectual en equidad en salud". (Iniciativa Regional de Inequidades Sanitarias del Área de la Bahía, 2002). Este marco está diseñado para transformar el enfoque de las comunidades hacia la práctica de salud pública y el continuo de prevención y atención.

El equipo de la CHA conjunta del Condado de Pueblo adaptó y modificó el Marco BARHII, mostrado en la Figura 6, para guiar la recolección equitativa de datos e informar la toma de decisiones.

Condado de Pueblo para la Reducción de Desigualdades en Salud
Adaptación del Marco de la Iniciativa Regional de Inequidades en Salud del
Área de la Bahía (BARHII)

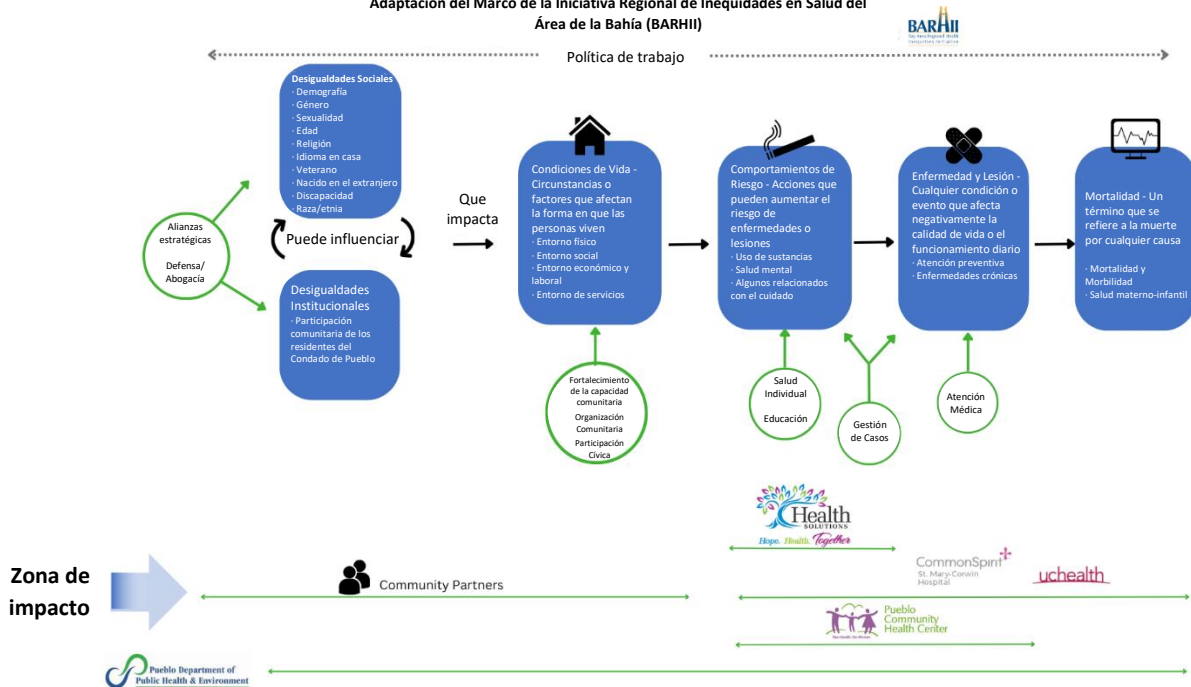


Figura 6: Adaptación del Marco BARHII en el Condado de Pueblo.

La adaptación visual del marco BARHII para el Condado de Pueblo muestra el alcance de los servicios, programas y el impacto en la comunidad de cada agencia, denominado "zona de impacto". Las estrategias de prevención, intervención y atención se representan con círculos verdes. Los seis dominios del marco BARHII, descritos en los cuadros azules, no han sido modificados y delimitan los aspectos de la vida de las personas que afectan su potencial y resultados de salud. Estos aspectos van desde influencias dentro de la comunidad, comportamientos de riesgo en los que participan, hasta inequidades sociales a gran escala experimentadas en todo el mundo (ejemplos).

El marco BARHII se integró en la CHA conjunta del Condado de Pueblo mediante criterios de priorización de datos y estrategias de participación comunitaria.

Tercera fase: Realización de la evaluación

Recolección de datos secundarios

Usando las prioridades de datos identificadas a través del proceso de matriz de superposición, se recolectaron varios indicadores de datos secundarios de fuentes federales, estatales y locales disponibles. La recolección de datos secundarios comenzó en enero de 2024 y concluyó en marzo de 2024. Para iniciar la recolección, las prioridades establecidas por el equipo asesor se superpusieron con la lista de indicadores de salud que aparece en el Apéndice C. Esta fase marcó el inicio de la recolección de datos y la formación del equipo interno de CHA de PDPHE, que incluyó al planificador de salud pública, analista de datos, coordinador de iniciativas de equidad y participación, director de área, gerente de programas de área y coordinador de mejora del rendimiento.

El equipo de PDPHE se reunió para analizar las fuentes y recolectar los mejores indicadores de datos, y determinar qué brechas de datos serían beneficiosas llenar mediante la recolección de datos primarios.

Inicialmente, se recopilaron 110 indicadores de datos separados para múltiples niveles de priorización. Estos indicadores representaban datos sobre diversos temas, incluidos demografía, salud materna e infantil, enfermedades crónicas, mortalidad y morbilidad, medidas preventivas, salud conductual y los determinantes sociales de la salud según Healthy People 2030. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2024). Además, se incluyeron datos sobre economía y entorno laboral, educación, entorno físico y contexto social en el análisis. Un interno de la Universidad Estatal de Colorado-Pueblo recolectó los datos métricos reales de varios sitios accesibles. Los datos secundarios también se categorizaron dentro del marco BARHII para respaldar decisiones sobre las brechas de datos que requerían investigación adicional.

Encuesta a miembros de la comunidad

La segunda estrategia de participación comunitaria incluyó la difusión amplia de una encuesta para miembros de la comunidad en todo el Condado de Pueblo, a través de medios sociales, listas de correos electrónicos, coaliciones existentes, salas de espera de clínicas, encuestas presenciales en diversos lugares, encuestas en papel enviadas por correo y participación en eventos comunitarios. La participación en la encuesta en línea se incentivó mediante un sorteo de tarjetas de regalo de Amazon para cada población objetivo (personas mayores, población de habla hispana y personas con discapacidades).

Un aspecto importante de la encuesta comunitaria fue la recolección presencial de datos en lugares que apoyan a personas con inestabilidad habitacional y a la población mayor de la comunidad. Debido a que estas personas podrían no tener acceso estable a internet, una dirección fija o la capacidad de salir de sus hogares, el equipo interno de PDPHE decidió que la mejor estrategia sería acudir a las agencias y lugares que ya apoyan a estas poblaciones. El equipo de recolección de datos pasó un día completo en la Misión de Rescate del Condado de Pueblo y otro día completo en el complejo de apartamentos de SRDA. Los incentivos para la participación en estos lugares variaron desde un sorteo de tarjetas de regalo hasta bolsas de productos esenciales como cepillos de dientes, calcetines, materiales de salud sexual y refrigerios.

Grupos focales de miembros de la comunidad

El alcance a las poblaciones objetivo de la CHA conjunta incluyó la facilitación de tres grupos focales, reuniéndose con un grupo de apoyo para personas con baja visión, un grupo de apoyo para personas con lesiones cerebrales y un grupo focal más amplio después de una comida congregada de la Agencia de Desarrollo de Recursos para Adultos Mayores (SRDA, por sus siglas en inglés). Los grupos focales incluyeron entrevistas a 24 residentes de la comunidad sobre sus experiencias viviendo en la comunidad y sus prioridades de salud. Se proporcionó compensación a cada participante de los grupos focales al finalizar cada sesión en forma de una tarjeta de regalo de Walmart. Cada uno de los tres grupos focales siguió el mismo proceso y preguntas, garantizó la confidencialidad y fue completamente voluntario.

Eventos comunitarios

Este enfoque dirigido de participación comunitaria para la recolección de datos primarios de la CHA conjunta también incluyó la asistencia específica a ciertos eventos comunitarios por parte del equipo interno de PDPHE. Los eventos a los que asistieron para la recolección de datos de la CHA conjunta incluyeron:

- Día de Juventud del Sur de Colorado (SoCoYoGo)

- Día del Perdón
- Día de los Niños
- Fiesta en la Calle de The PLACE Bessemer
- Día de Recursos del Distrito Escolar 60

La participación en la encuesta fue incentivada en eventos comunitarios mediante un sorteo de una canasta de artículos promocionales de los socios. Se creó una canasta para cada evento comunitario recopilando artículos promocionales de UHealth Parkview, PCHC y varios programas dentro de PDPHE.

Cuarta fase: Evaluación de la capacidad

El equipo conjunto de la CHA reconoció y promovió el uso de actividades de evaluación de capacidades a lo largo de diversas fases de priorización de datos y participación comunitaria. En el evento de "Open House" con líderes comunitarios, se les pidió a los líderes formales e informales que identificaran activos y brechas de la comunidad en relación con los ocho temas prioritarios de salud identificados a través de la encuesta de líderes y las actividades del "muro azul". La información obtenida en este evento llevó a una priorización adicional, reduciendo los temas de salud prioritarios de ocho a cinco.

Además, se consideró la capacidad de las agencias colaboradoras en la CHA. Para la primera ronda de priorización realizada por el equipo asesor, se incluyó el criterio de "viabilidad de acción" en la matriz de priorización. Este criterio pedía a los socios asesores que calificaran el grado en que cada agencia podría implementar trabajos y cambios para impactar en el indicador o tema específico de datos. Fue importante para todos los miembros de la CHA conjunta que las prioridades finales de salud se centraran en temas que cada entidad tuviera la capacidad de abordar, de lo contrario, la capacidad para que los socios impactaran positivamente en los problemas priorizados sería limitada.

Este mismo criterio fue utilizado tanto en la primera matriz de priorización realizada por el equipo asesor como en la última para determinar las dos prioridades finales de salud. Esto permitió que el criterio fuera considerado, sin que influyera más que los datos primarios o secundarios.

Quinta fase: Priorización de temas

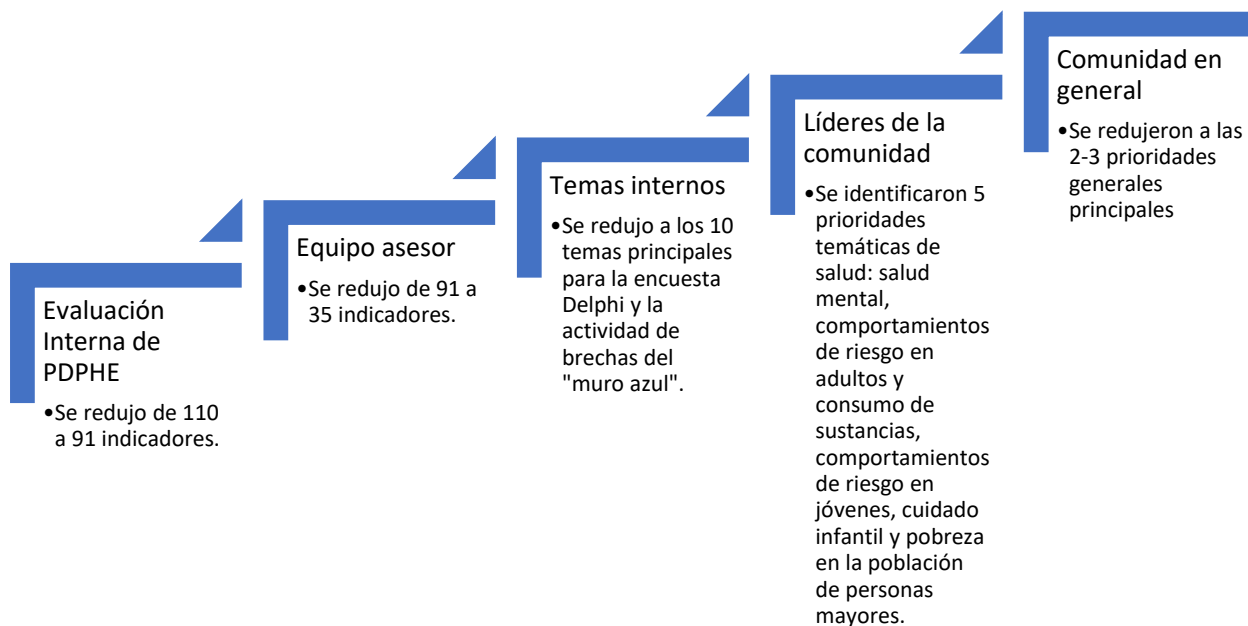


Figura 7: Descripción general simplificada del proceso conjunto de priorización de la CHA.

La figura 7 muestra una descripción general sencilla de todo el proceso de priorización de la CHA conjunta, incluyendo cómo y en qué orden se redujeron los indicadores de datos y, finalmente, se condensaron en temas o asuntos sanitarios generales. Las figuras 8 y 9 muestran los detalles de qué indicadores de datos y temas de salud se redujeron, con qué criterios, quién participó y en qué momento del proceso conjunto de la CHA.

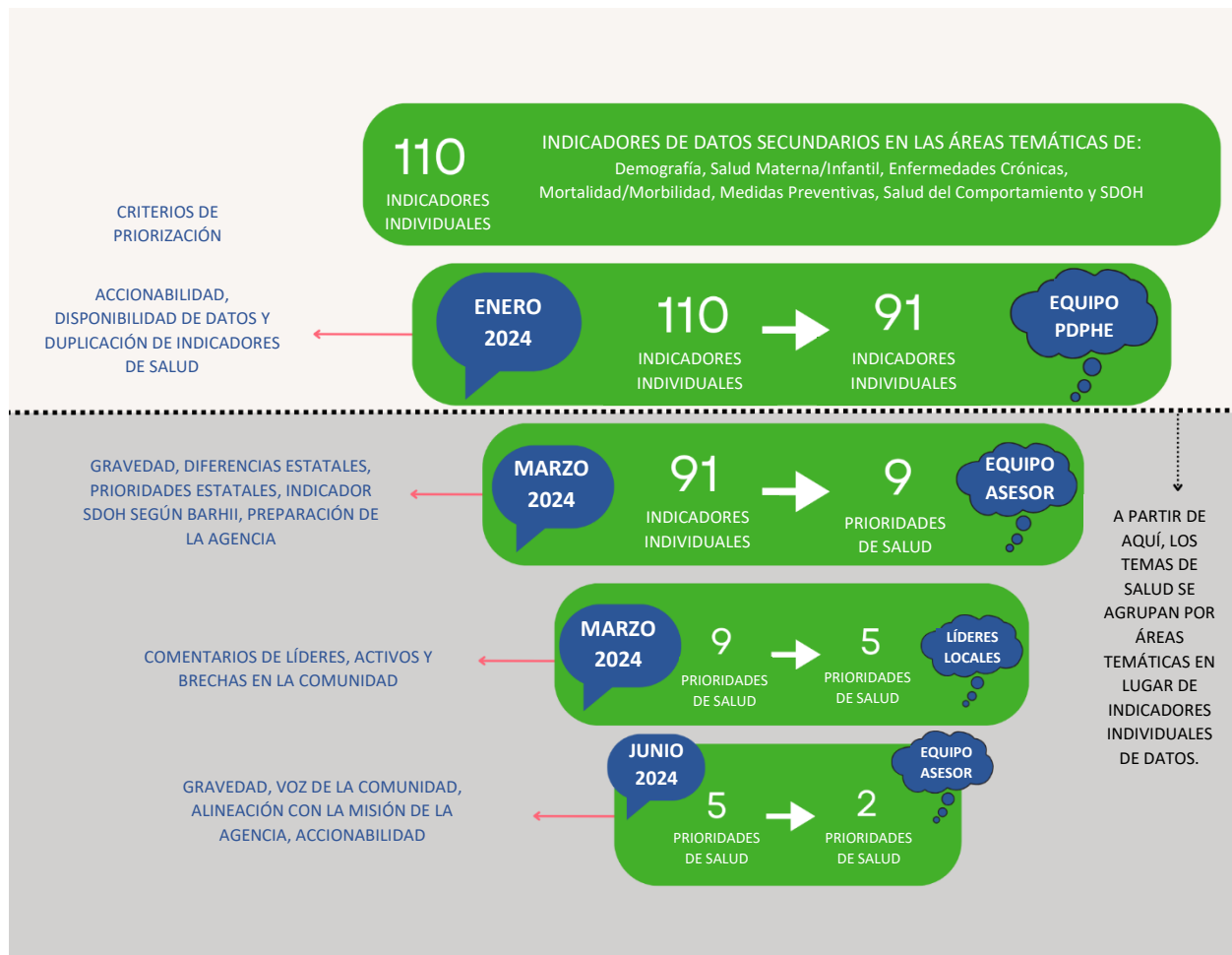


Figura 8: Visual del proceso conjunto de priorización conjunto de la CHA, destacando el número de indicadores o prioridades de salud, quiénes tomaron las decisiones, cuándo se tomaron y qué criterios se utilizaron.

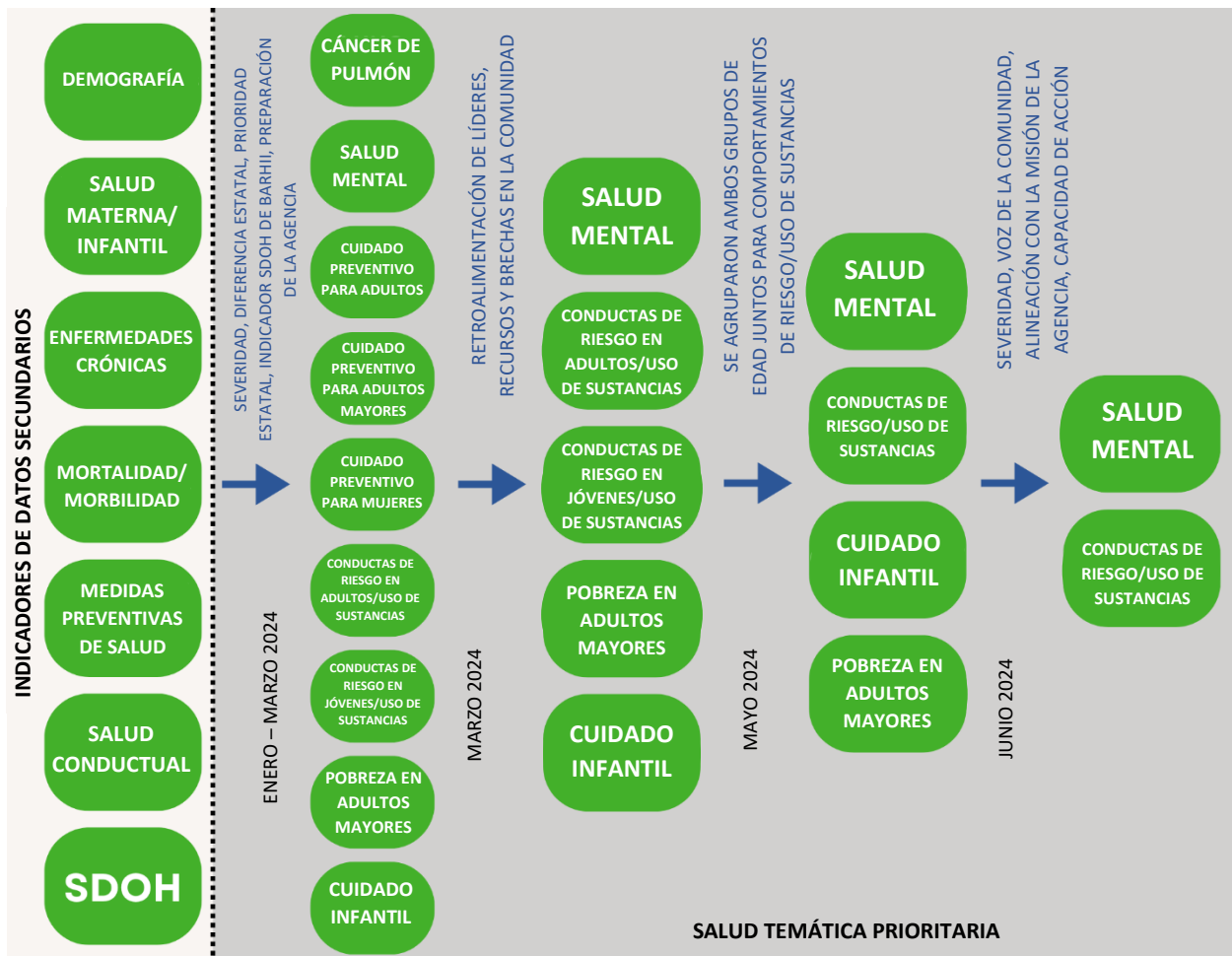


Figura 9: Visual del proceso conjunto de priorización de la CHA, detallando los indicadores de datos y las prioridades de salud, cuándo ocurrió la priorización y los criterios utilizados.

Primer paso: Directrices iniciales conjuntas sobre prioridades sanitarias de la CHA

Como se mencionó anteriormente, el equipo asesor de la CHA necesitaba determinar si una CHA conjunta sería beneficiosa y cumpliría con los requisitos de cada agencia. El planificador de salud pública creó una matriz que identificaba los datos de salud que cada agencia colaboradora necesitaba evaluar e informar. Esta información provenía de evaluaciones anteriores y de cualquier nuevo requisito conocido para futuras evaluaciones. La matriz enumeraba cada tema de datos y determinaba cuántas de las agencias colaboradoras también necesitaban evaluar esa misma información. Cuanto más coincidían los temas en la matriz, más claro quedaba que un esfuerzo conjunto de CHA sería adecuado. Más del 80% de los temas de salud eran comunes a los requisitos de cada uno de los socios. Esta información influyó en la recolección de datos secundarios y en las futuras fases de priorización de datos.

Segundo paso: Priorización interna del PDPHE de los datos secundarios

Después de determinar qué indicadores de datos secundarios deseaba recopilar el equipo conjunto de la CHA, se llevó a cabo el primer nivel de priorización. En febrero de 2024, con el apoyo de un interno de la Universidad Estatal de Colorado-Pueblo y una segunda revisión del analista de datos de PDPHE y el planificador de salud pública, la lista de 110 indicadores de datos se redujo a 91 indicadores, basándose

en la duplicación de información, la disponibilidad de datos y la capacidad de acción de las agencias colaboradoras. Los resultados de esta reducción inicial se pueden encontrar en el Apéndice N. Este aspecto del proceso de priorización fue esencial para proporcionar una lista manejable al equipo asesor en el siguiente paso y la matriz, explicados en la sección siguiente.

Tras este paso, fue necesario que el equipo de la CHA de PDPHE recopilara los indicadores completos para los 91 restantes, tanto a nivel del condado de Pueblo como del promedio estatal.

Tercer paso: Priorización de los datos secundarios por el equipo asesor

A finales de febrero y principios de marzo de 2024, el tercer paso del proceso de priorización de salud comunitaria pidió a los miembros asesores de la CHA conjunta que continuaran reduciendo los 91 indicadores recopilados. El planificador de salud pública y el analista de datos de PDPHE crearon una matriz de priorización con los 91 indicadores y cinco criterios: la gravedad del problema de salud, cuán diferente era el Condado de Pueblo del Promedio estatal, si el tema/cuestión de salud es una prioridad estatal (Plan de Mejora de la Salud de Colorado, Batalla Ganable), si el tema/cuestión de salud está incluido en el marco BARHII y la disposición de las agencias asesoras para abordar el tema/cuestión de salud. El personal del PDPHE llenó los primeros cuatro criterios y solicitó a los líderes de cada agencia colaboradora que proporcionaran su disposición para abordar los temas a través de una encuesta. Los puntajes de cada criterio se sumaron para cada uno de los 91 indicadores y se ordenaron de mayor a menor. Este proceso redujo los 91 indicadores a los 35 principales, que obtuvieron una puntuación total de diez o más.

Estos 35 indicadores fueron tematizados por el analista de datos de PDPHE, agrupando los indicadores en temas de salud más amplios para facilitar la recolección de datos primarios y la planificación futura. Los nueve temas de salud identificados a partir de los 35 indicadores fueron: cáncer de pulmón, salud mental, atención preventiva en adultos, atención preventiva en adultos mayores, atención preventiva en mujeres, comportamientos de riesgo y uso de sustancias en adultos, comportamientos de riesgo en jóvenes, pobreza en la población de personas mayores y cuidado infantil. Estos temas de salud fueron clave para las actividades de participación comunitaria y recolección de datos.

Cuarto paso: Encuesta a los líderes de la comunidad

Para obtener comentarios, se realizó una jornada de "Open House" con líderes comunitarios en marzo de 2024. Se creó una lista de líderes formales e informales del condado de Pueblo, que incluyó a 42 líderes locales. Los líderes pudieron asistir en persona o participar virtualmente para garantizar una mejor participación.

Durante el evento, los líderes locales pasaron por seis estaciones facilitadas por el equipo asesor de la CHA conjunta. Se les guió a través de lo que era la CHA, los datos que se estaban recopilando, y luego se les pidió que completaran una encuesta y participaran en una actividad de retroalimentación. Los asistentes virtuales completaron la misma encuesta y una actividad en Jamboard de Google.

La encuesta solicitó a cada líder que primero clasificara los diez principales temas de salud en orden de mayor prioridad a menor para el trabajo de mejora futura. Los resultados de esa pregunta de la encuesta se detallan en la tabla 1. Estos diez temas fueron extraídos de los indicadores de datos secundarios priorizados por el equipo asesor conjunto de la CHA antes del evento "open house" (ver la sección de la Fase 5, Paso 3, para más detalles sobre este proceso de tematización). La encuesta luego

solicitó a cada líder local que proporcionara una lista de activos comunitarios y brechas de mejora para cada tema de salud.

<i>Rango</i>	<i>Tema de salud</i>	<i>Clasificación individual en la encuesta de líderes</i>
1	Salud mental	295
2	Comportamientos de riesgo en adultos/uso de sustancias	263
3	Comportamientos de riesgo en jóvenes/uso de sustancias	256
4	Servicios de cuidado infantil	208
5	Pobreza entre los adultos mayores	182
6	Atención médica preventiva para adultos y personas mayores	155
7	Atención médica preventiva para la mujer	153
8	Cáncer pulmonar	66

Tabla 1: Resultados de la encuesta de priorización del "open house" de líderes comunitarios, con el ranking final y el número de votos individuales en las encuestas.

Después de que cada líder completara la encuesta, pasaron a la estación de actividades de retroalimentación llamada el "Muro Azul". Esta actividad fue una continuación de la información de la encuesta de líderes, pidiendo a los líderes que anotaran las mayores brechas para cada tema de salud y lo colocaran en el gran muro azul para que otros comentaran y agregaran más detalles. La actividad generó grandes conversaciones dentro de los pequeños grupos que participaban al mismo tiempo.

Los comentarios y orientaciones recopilados del "open house" de líderes comunitarios se utilizaron para priorizar aún más los principales temas de salud, de los diez presentados a los cinco principales. Estas cinco prioridades de salud, en orden, fueron: salud mental, comportamientos de riesgo en adultos, comportamientos de riesgo en jóvenes, cuidado infantil y pobreza en la población envejecida. Estos cinco temas de salud ayudaron a dar forma a las preguntas de las encuestas a los miembros de la comunidad, las preguntas de los grupos focales y las poblaciones demográficas de la comunidad que el equipo de recolección de datos quería asegurarse de incluir en la evaluación (ver la sección anterior de participación comunitaria para las poblaciones objetivo).

Quinto paso: Priorización final del equipo asesor

El paso final en el proceso de priorización de datos de la CHA conjunta fue reunir todos los resultados de los datos con el equipo asesor para una revisión final y votación sobre los cinco principales temas de salud que resultaron de los resultados de la encuesta de líderes comunitarios en marzo. Un punto importante es que, antes de que el equipo asesor completara la priorización final, el planificador de salud pública de PDPHE decidió que, debido a que las preguntas relacionadas con los comportamientos de riesgo no estaban separadas por edad, sería útil agrupar los comportamientos de riesgo en jóvenes y adultos/uso de sustancias como un solo tema de salud para que los miembros asesores votaran. Esto no significa que, para la creación del Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP, por sus siglas en inglés), el tema de salud no pueda desglosarse nuevamente por algún indicador demográfico específico.

Para este paso y proceso, en junio de 2024, las agencias colaboradoras revisaron los materiales de apoyo para aplicar cuatro criterios y determinar la disposición de cada agencia, la perspectiva de los miembros de la comunidad, la gravedad y cuánto se alineaba cada tema con la misión, visión, financiamiento y/o plan estratégico de la agencia.

Los resultados de la etapa final de priorización del equipo asesor determinaron que las dos principales prioridades de salud que los socios de la CHA conjunta consideraron serias, con impacto en la comunidad y factibles de abordar en el futuro, fueron **salud mental** y **comportamientos de riesgo/uso de sustancias**. Los resultados de la encuesta final se muestran a continuación, en las tablas 2, 3, 4, 5 y en la figura 10.

<i>Salud mental</i>	
Pregunta	Respuesta (promedio)
1	3.75
2	4.675
3	4.35
4	4.35
Promedio total	4.375

Tabla 2: Resultados finales de la priorización de la salud mental.

<i>Comportamientos de riesgo</i>	
Pregunta	Respuesta (promedio)
1	4
2	4.25
3	4.25
4	4.5
Promedio total	4.25

Tabla 3: Resultados finales de la priorización de conductas de riesgo.

<i>Pobreza en adultos mayores</i>	
Pregunta	Respuesta (promedio)
1	2.25
2	3.25
3	4
4	3.75
Promedio total	3.3125

Tabla 4: Resultados de la priorización final de cuidado infantil.

<i>Cuidado infantil</i>	
Pregunta	Respuesta (promedio)
1	2.75
2	3
3	4.25
4	3.75
Promedio total	3.4375

Tabla 5: Resultados finales de la priorización de pobreza en adultos mayores.

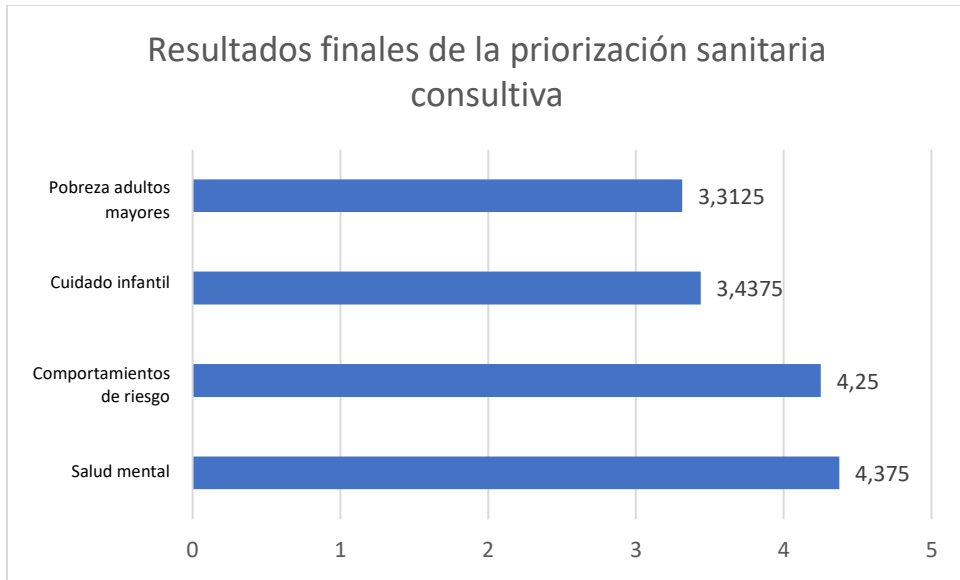


Figura 10: Gráfico de barras con los resultados de la encuesta final de priorización del equipo asesor conjunto de la CHA.

Resultados

Dos prioridades de salud destacaron en todos los datos secundarios, datos primarios y retroalimentación de la comunidad: **salud mental** y **comportamientos de riesgo/uso de sustancias**.

Un total de 510 personas respondieron a la encuesta de miembros de la comunidad, con datos demográficos que representan a diversas poblaciones que pueden compararse con la población global del Condado de Pueblo - visualizada a continuación en las tablas 6-9. Además de la encuesta de miembros de la comunidad, 42 líderes distintos del Condado de Pueblo participaron y proporcionaron retroalimentación durante el Open house y la opción en línea asociada. Un adicional de 26 residentes de la comunidad participaron en tres grupos focales.

Código postal	Nombre	% de la población	# de respuestas necesarias	Respuestas recolectadas
81001	Pueblo City	18%	69	44
81003	Pueblo City	8.90%	34	79
81004	Pueblo City	15.40%	59	58
81005	Pueblo City	18.40%	71	64
81006	Blende, City	7.20%	28	21
81007	PW	20.50%	79	62
81008	Pueblo City	7.30%	28	26
81019	CO City	1.30%	5	8
81022	Avondale	0.88%	3	2
81023	Beulah	0.78%	3	6
81025	Boone	0.57%	2	2
81069	Centeno	1.00%	4	9
Total		1.0023	385	381

Tabla 6: Distribución de las respuestas de la encuesta conjunta de la CHA en todos los códigos postales del condado de Pueblo. Auto-reportado.

Género	% de la población	# de respuestas necesarias	Respuestas recolectadas
Masculino	49%	189	88
Femenino	51%	196	230
No binario			6
Desconocido			15
Total	100%	385	339

Tabla 7: Respuestas de la encuesta conjunta de la CHA distribuidas según las demografías de género. Autodeclarado.

Grupo de edad	% de la población	# de respuestas necesarias	Respuestas recolectadas
15-24*	12%	46	14
25-34	13.10%	50	48
35-44	12%	46	82
45-54	11.20%	43	62
55-64	13%	50	47
65+	20.30%	78	59
Total	81.60%	313	314

Tabla 8: Distribución de la encuesta conjunta de la CHA según los grupos de edad. Autodeclarado.

Raza/Etnia	% de la población	# de respuestas necesarias	Respuestas recolectadas
Solo blanco	63.90%	245	217
Solo negro	2.20%	8	7
Solo nativo	2.30%	9	28
Solo asiático	1.10%	4	5
Solo isleños del Pacífico	0.10%	0	2
Origen			
Hispanoamericano	42.40%	163	107
Total		429	366

Tabla 9: Respuestas de la encuesta conjunta de la CHA distribuidas según las demografías de raza y etnicidad. Autodeclarado.

Salud Mental

Datos secundarios

Se recopilaron diez indicadores individuales de salud que se correlacionaron con el tema de la salud mental, incluidos en la tabla 10 a continuación. Fue importante comparar las métricas de datos del condado de Pueblo con el promedio del estado de Colorado, así como el grado de severidad de ese problema de salud específico. Los datos secundarios sobre salud mental fueron los más graves para los jóvenes (estudiantes de secundaria) y la necesidad de servicios de salud mental fue alta, similar al resto del estado. Estos datos se recopilaron de diversas fuentes, como la Encuesta de Niños Saludables de Colorado, la Encuesta de Acceso a la Salud de Colorado y más. Dado que estos datos tienen un ligero retraso, fue muy importante que todas las partes involucradas vieran los datos secundarios junto con los datos primarios recopilados de los residentes de la comunidad.

Indicadores	Gravedad en Pueblo	Comparación con el Promedio de CO
Porcentaje de estudiantes de secundaria que se sintieron tristes o desesperanzados casi todos los días durante 2 o más semanas seguidas, lo que les llevó a dejar de hacer algunas actividades habituales en los últimos 12 meses.	30.1% +	Peor
Tasa ajustada por edad de muertes por suicidio (por 100,000 habitantes).	20.1 % - 30.0 %	Sin diferencia
Porcentaje de estudiantes de secundaria que consideraron seriamente intentar suicidarse en los últimos 12 meses.	20.1 % - 30.0 %	Sin diferencia
Porcentaje de estudiantes que tienen un adulto a quien acudir en busca de ayuda con un problema grave.	30.1% +	Sin diferencia
Porcentaje de mujeres que sufrieron depresión posparto.	20.1 % - 30.0 %	Sin diferencia
Tasa ajustada por edad de hospitalizaciones por suicidio (por 100,000 habitantes).	0 - 10.0 %	Peor
Necesitó atención de salud mental o servicios de asesoramiento, pero no los recibió en ese momento durante los últimos 12 meses (mayores de 5 años).	10.1 % - 20.0 %	Sin diferencia
De las personas de 5 años o más que informaron mala salud mental.	20.1 % - 30.0 %	Sin diferencia
Espera necesitar atención de salud mental en los próximos 12 meses.	10.1 % - 20.0 %	Sin diferencia

Habló con un proveedor de salud mental sobre su salud mental

10.1 % - 20.0 %

Sin diferencia

Tabla 10: Datos secundarios recopilados relacionados con la salud mental para la CHA conjunta de 2024. La diferencia con el promedio estatal y la gravedad se enumeran para cada métrica.

Activos y carencias de los líderes de la comunidad

Se pidió a los líderes comunitarios que enumeraran todos los activos de la comunidad (programas, recursos, servicios, personas, lugares, eventos, etc.) y las brechas dentro de la comunidad en relación con temas de salud específicos. En el área de salud mental, se mencionaron 44 activos únicos en total, que abarcan toda la gama desde canchas de pickleball hasta agencias específicas que operan en el condado. También se mencionaron un total de 50 brechas comunitarias por parte de los líderes locales, que incluyeron la falta de cualquier tipo de sistema de apoyo, la necesidad de terapeutas que hablen español y la reducción del estigma para acceder a la atención. Estos activos y brechas serán muy útiles durante la creación del Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP) 2025-2028, cuando las partes interesadas se reúnan para definir estrategias específicas para mejorar la salud mental de la comunidad.

Resultados de los miembros de la comunidad

La encuesta de miembros de la comunidad fue completada por 510 residentes del condado de Pueblo, quienes respondieron a diversas preguntas sobre su bienestar general, pertenencia y experiencias de vida. Hubo ocho preguntas que tocaron específicamente el tema de la salud mental en el condado de Pueblo. A continuación, se incluyen las imágenes y gráficos que muestran los resultados de esas preguntas de la encuesta. Es importante destacar que cada pregunta fue analizada de manera independiente porque no se requería responder todas las preguntas, y algunos miembros de la comunidad omitieron ciertas preguntas. En las siguientes figuras, se indica la tasa de respuesta individual de cada pregunta en el texto debajo de cada una.

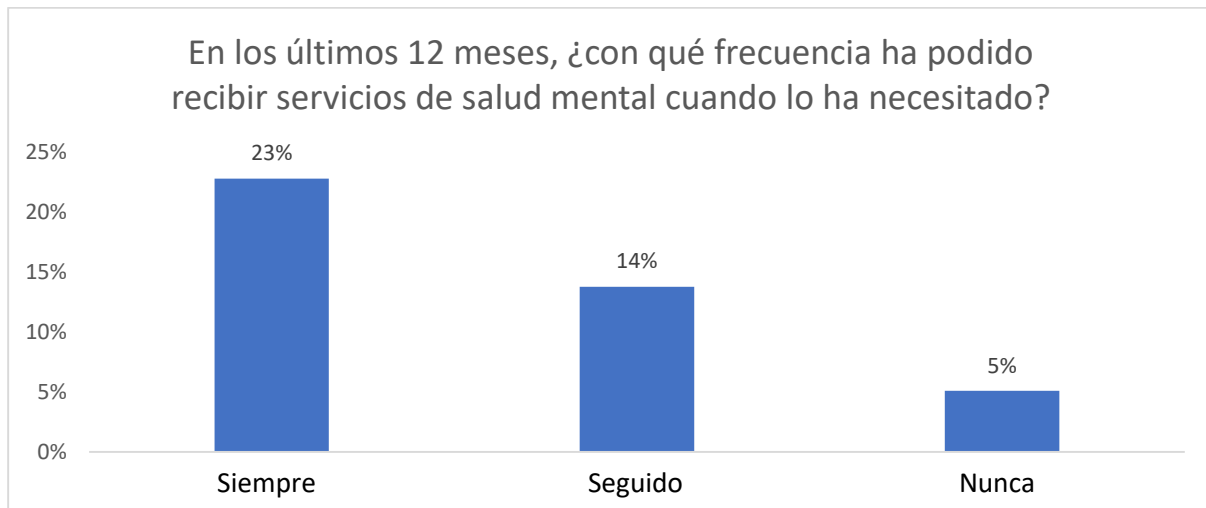


Figura 11: Pregunta #7 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 355 encuestados. El 23% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que siempre pueden recibir la atención de salud mental que necesitan, el 14% indicaron que a menudo pueden acceder a la atención de salud mental, mientras que el 5% indicaron que nunca pueden recibir la atención de salud mental que necesitan.

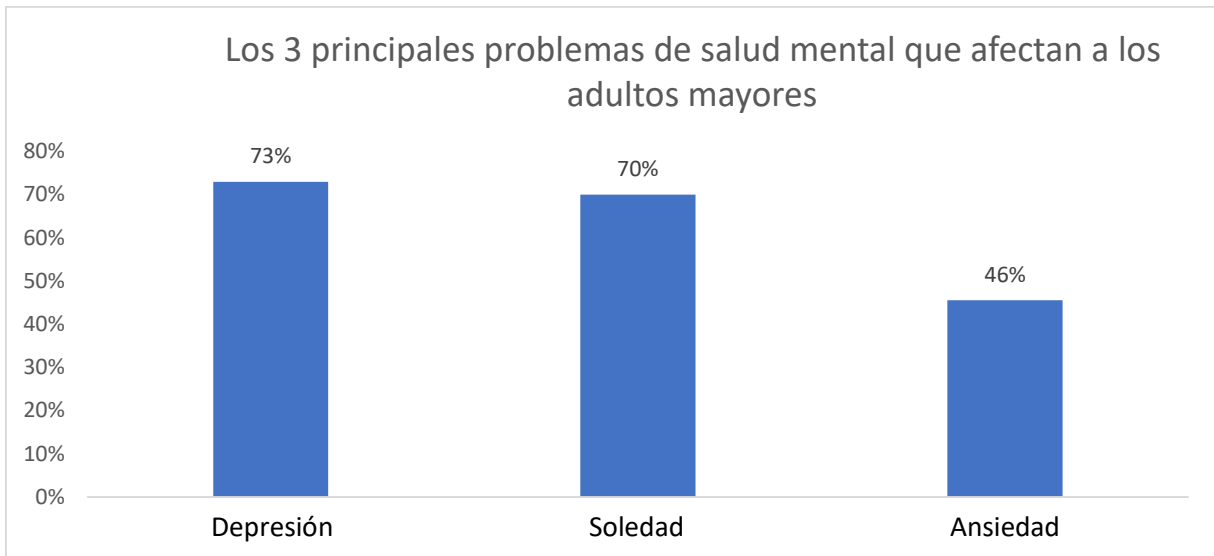


Figura 12: Pregunta #11 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 370 encuestados. El 73% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que la depresión era una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectan a los adultos mayores, el 70% indicó que es la soledad, y el 46% indicó que es la ansiedad. Estas preocupaciones fueron las tres respuestas principales de los resultados de la pregunta.

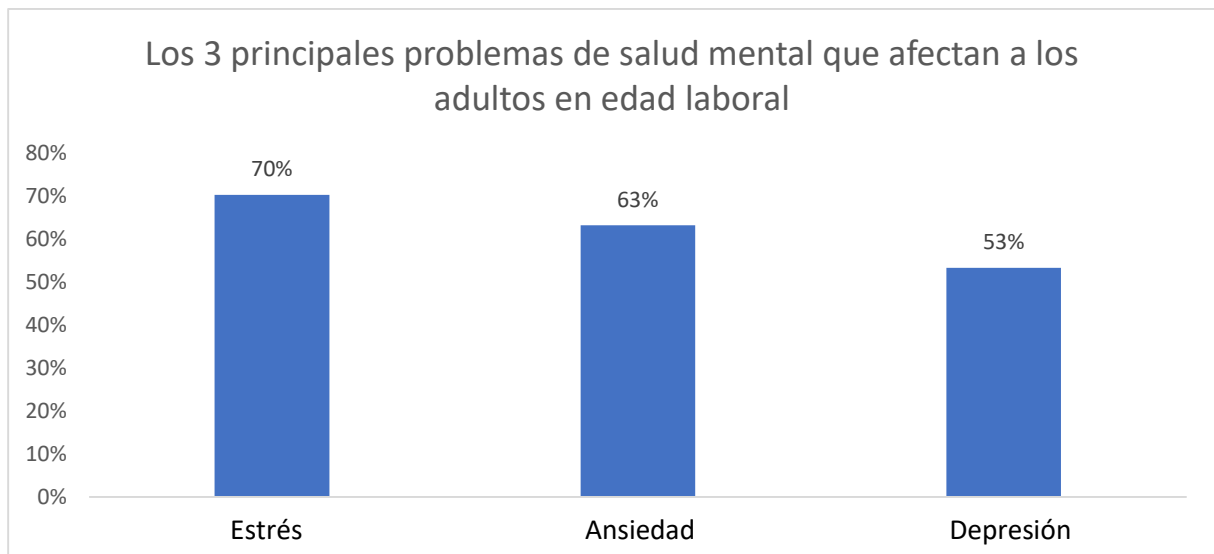


Figura 13: Pregunta #12 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 352 encuestados. El 70% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que el estrés era una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectan a los adultos en edad de trabajar, el 63% indicó que es la ansiedad, y el 53% indicó que es la depresión. Estas preocupaciones fueron las tres respuestas principales de los resultados de la pregunta.

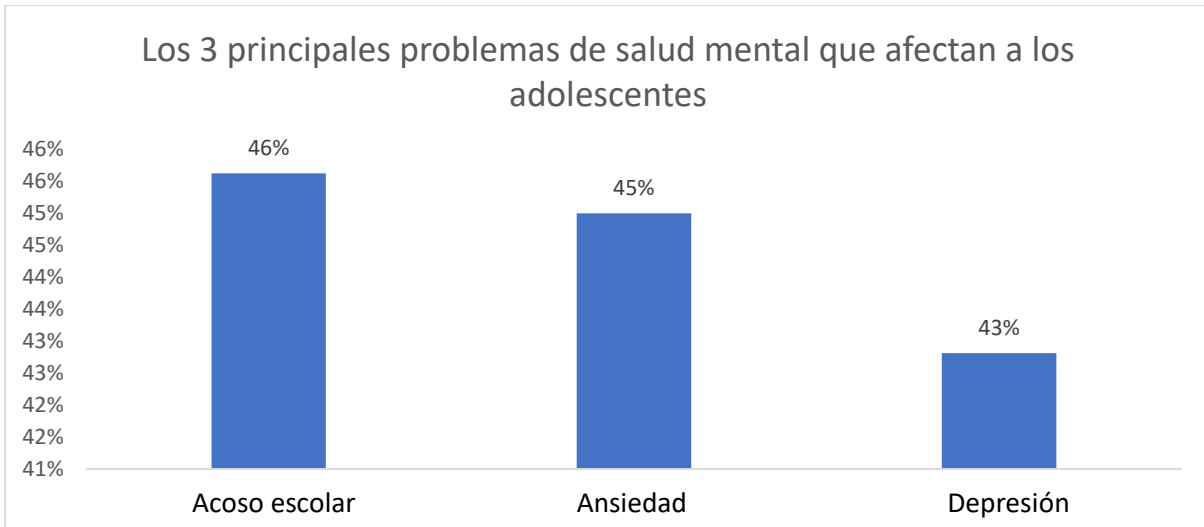


Figura 14: Pregunta #13 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 343 encuestados. El 46% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que el acoso escolar era una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectan a los adolescentes, el 45% indicó que es la ansiedad, y el 43% indicó que es la depresión. Estas preocupaciones fueron las tres respuestas principales de los resultados de la pregunta.

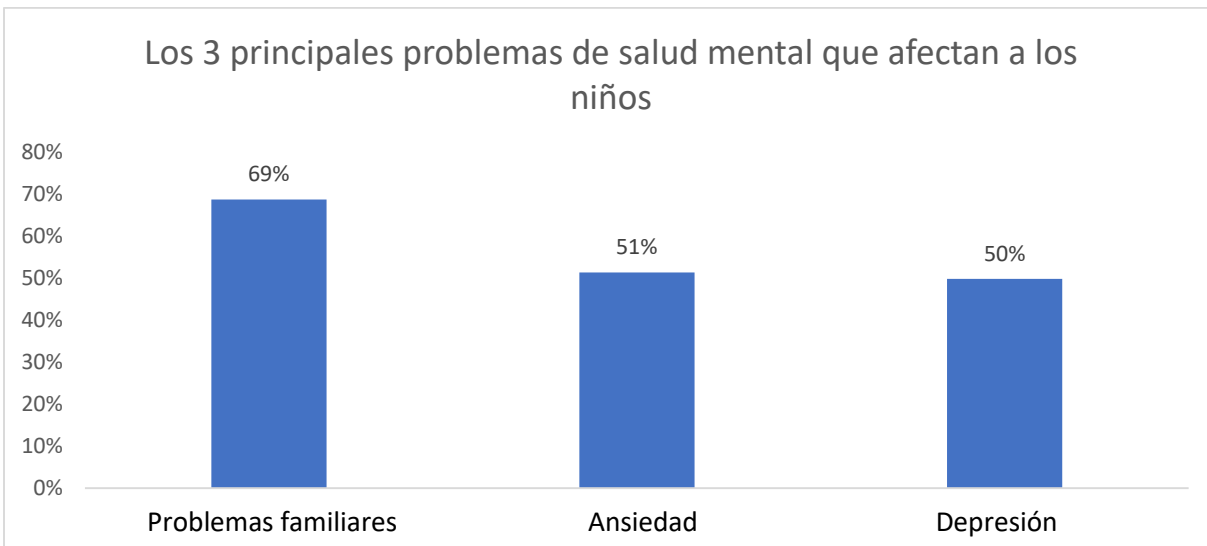


Figura 15: Pregunta #14 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 343 encuestados. El 69% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que las dificultades familiares eran una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectan a los niños, el 51% indicó que es el acoso escolar, y el 50% indicó que es la exposición a la violencia. Estas preocupaciones fueron las tres respuestas principales de los resultados de la pregunta.

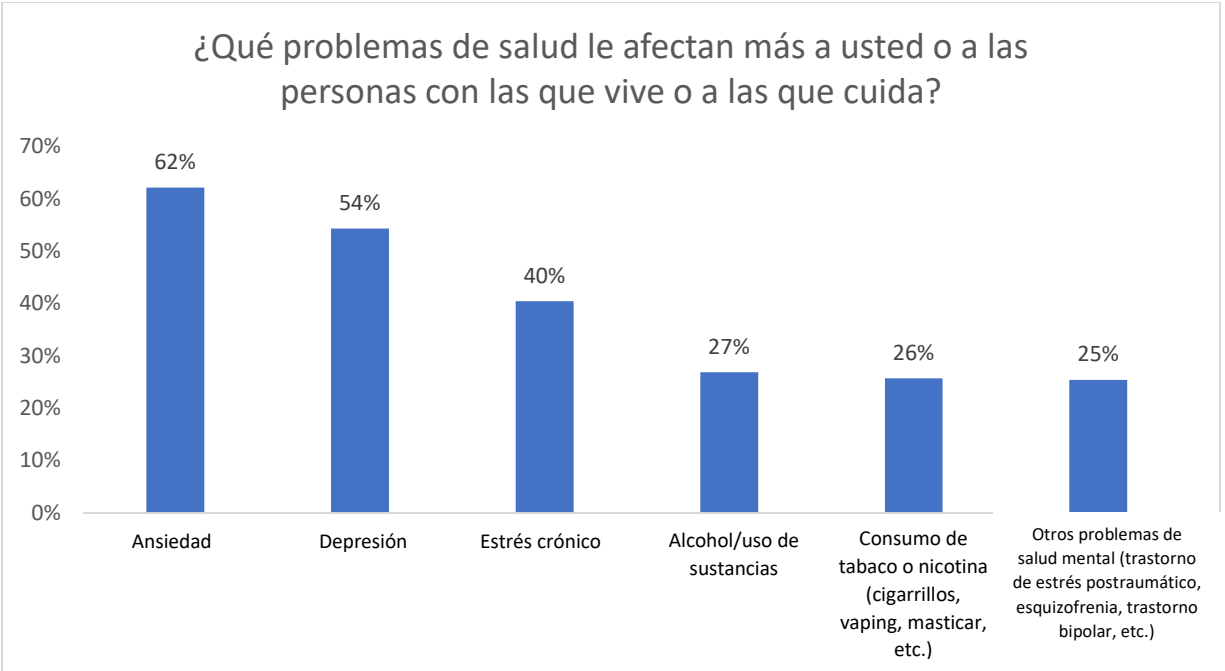


Figura 16: Pregunta #19 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 357 encuestados. De todas las respuestas disponibles y aquellas escritas por los encuestados, las que se relacionaron con la salud mental fueron seleccionadas para esta visualización. La preocupación relacionada con la salud mental que impactó al 62% de los participantes fue la ansiedad, seguida de cerca por la depresión. Con todas las respuestas enumeradas, la ansiedad y la depresión fueron las dos respuestas más comunes por parte de los participantes.

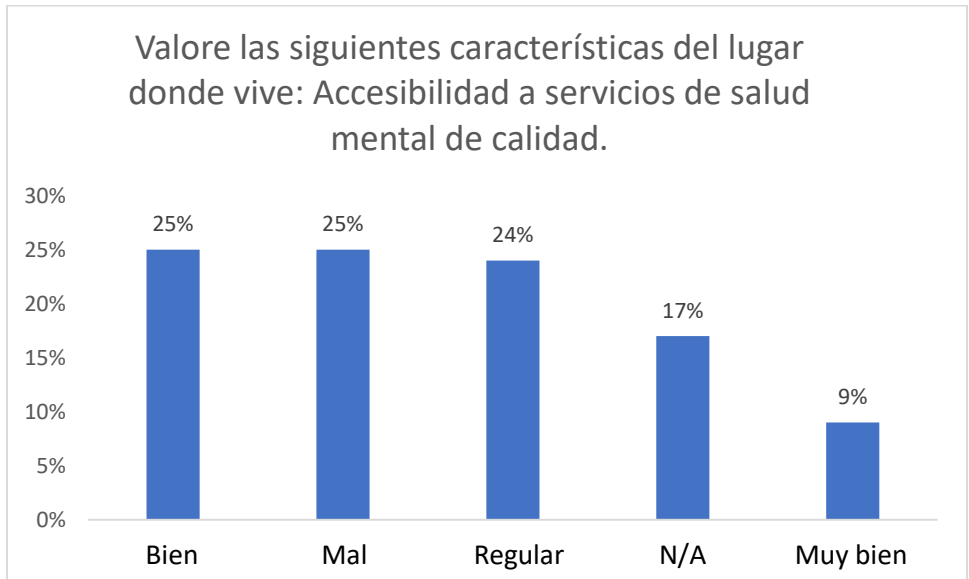


Figura 17: Pregunta #21 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total máximo de 332 encuestados. El 58% de los encuestados en esta pregunta calificaron el acceso a la atención de salud mental como regular, bueno o muy bueno. El 25% calificó el acceso a la atención de salud mental como deficiente, y el 17% indicó que la pregunta no aplicaba a sus experiencias (N/A).

Para resumir los resultados en salud mental, la mayoría de los miembros de la comunidad podían acceder a la atención y los servicios de salud mental cuando los necesitaban. Muchas de las respuestas a

las preguntas de la encuesta identificaron la ansiedad, el estrés, el acoso escolar, la depresión, los problemas familiares, la exposición a la violencia y la soledad como las principales preocupaciones de salud mental que los afectan a ellos y a sus seres queridos. Estos problemas de salud mental son comunes a los distintos grupos de edad del Condado de Pueblo.

Comportamientos de riesgo/Usos de sustancias

Datos secundarios

Se recopilaron ocho indicadores individuales de salud que se correlacionaron con el tema de comportamientos de riesgo y uso de sustancias, incluidos en la tabla 11 a continuación. Al igual que con los datos sobre salud mental, fue importante comparar las métricas de datos del condado de Pueblo con el promedio del estado de Colorado, así como el grado de severidad de ese problema de salud específico. Los datos secundarios sobre comportamientos de riesgo y uso de sustancias mostraron las diferencias entre lo que está sucediendo en el condado de Pueblo y el resto del estado. En muchas de las métricas, Pueblo estaba en peor situación que el promedio estatal, específicamente en adultos que fuman cigarrillos, jóvenes que usan cigarrillos electrónicos, jóvenes que consumen productos de marihuana y jóvenes que se sienten inseguros en la escuela. Estos datos se recopilaron de diversas fuentes, como la Encuesta de Niños Saludables de Colorado y el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, por sus siglas en inglés). Debido a que estos datos tienen un ligero retraso, fue muy importante que todas las partes involucradas vieran los datos secundarios junto con los datos primarios recopilados de los residentes de la comunidad.

Indicadores	Gravedad en Pueblo	Comparación con el promedio de CO
Porcentaje de adultos mayores de 18 años que actualmente fuman cigarrillos.	20.1 % - 30.0 %	Peor
Adultos que actualmente usan cigarrillos electrónicos.	10.1 % - 20.0 %	Sin diferencia
Porcentaje de mujeres que fumaron durante el tercer trimestre del embarazo.	10.1 % - 20.0 %	Sin diferencia
Mujeres que bebieron alcohol en el último trimestre del embarazo.	0 - 10.0 %	Mejor
Porcentaje de jóvenes que informan uso actual de productos de cigarrillos electrónicos.	30.1 % +	Peor
Porcentaje de estudiantes que no asistieron a la escuela en uno o más de los últimos 30 días porque sintieron que estarían inseguros en la escuela o en el camino hacia o desde la escuela.	10.1 % - 20.0 %	Peor

Porcentaje de estudiantes de secundaria que usaron marihuana una o más veces en los últimos 30 días.	10.1 % - 20.0 %	Peor
Porcentaje de estudiantes de secundaria que actualmente usan cigarillos.	0 - 10.0 %	Sin diferencia

Tabla 11: Datos secundarios recopilados sobre comportamientos de riesgo y uso de sustancias para la CHA conjunta de 2024. Diferencia con el promedio estatal y severidad listada para cada métrica.

Activos y carencias de los líderes de la comunidad

En el Open House de líderes comunitarios, se pidió a los líderes que enumeraran todos los activos de la comunidad (programas, recursos, servicios, personas, lugares, eventos, etc.) y las brechas relacionadas con temas de salud específicos. En el momento del evento, los comportamientos de riesgo y el uso de sustancias aún se dividían entre adultos y jóvenes. Ambos grupos se unificaron en un solo tema de salud antes de la fase final de priorización del equipo asesor. Para efectos de este informe, todos los activos y brechas mencionados, tanto para adultos como para jóvenes, se han integrado en un solo documento. En cuanto a los comportamientos de riesgo y el uso de sustancias, los líderes locales mencionaron 66 activos únicos que abarcan desde grupos de apoyo, actividades y clubes escolares, hasta agencias específicas que operan en el condado. También se mencionaron un total de 95 brechas comunitarias, que incluyen la falta de cualquier tipo de sistema de apoyo, la necesidad de más educación y coordinación dentro de los sistemas escolares locales, la reducción del estigma y las normas generacionales, y la adición de un centro de atención residencial local que pueda aceptar tanto a jóvenes como a adultos. Estos activos y brechas serán muy útiles durante la creación del Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP) 2025-2028, cuando las partes interesadas se reúnan para definir estrategias específicas para mejorar la salud mental de la comunidad.

Resultados de los miembros de la comunidad

La encuesta a miembros de la comunidad fue completada por 510 residentes del condado de Pueblo, quienes respondieron a diversas preguntas sobre su bienestar general, sentido de pertenencia y experiencias de vida. Hubo cinco preguntas que se centraron específicamente en comportamientos de riesgo y uso de sustancias en el condado de Pueblo. A continuación, se incluyen los gráficos y las visualizaciones que muestran los resultados de esas preguntas. Como se mencionó anteriormente, cada pregunta fue analizada de manera independiente debido a que cada una tiene diferentes tasas de respuesta. En las siguientes figuras, se indica la tasa de respuesta individual de cada pregunta en el texto debajo de cada gráfico.

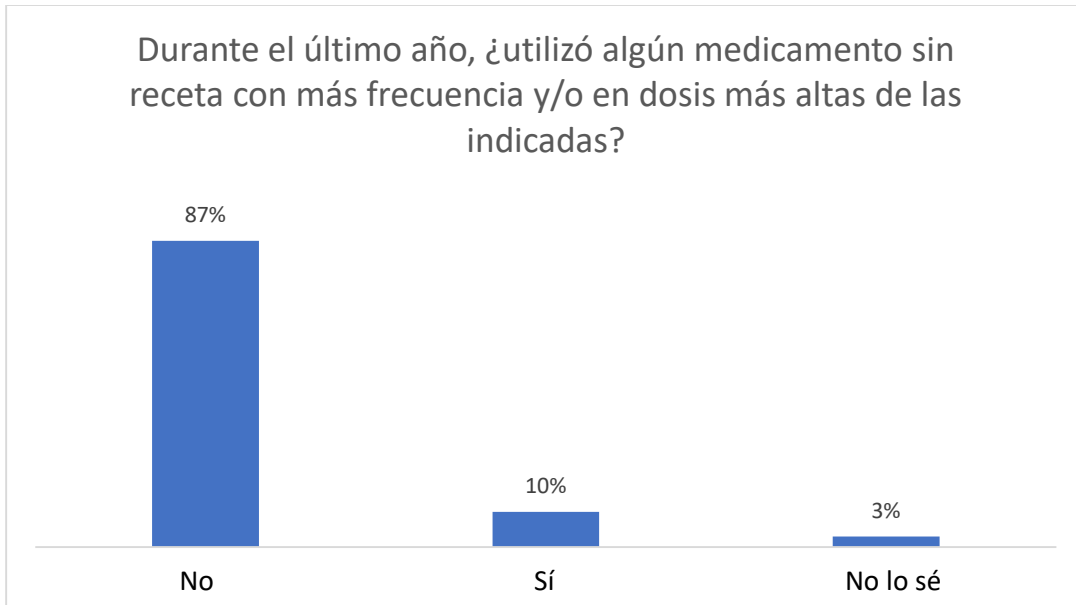


Figura 18: Pregunta #15 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 360 encuestados. El 87% respondió que no tomó medicamentos que no les fueron recetados ni tomó más de lo recetado en el último año.

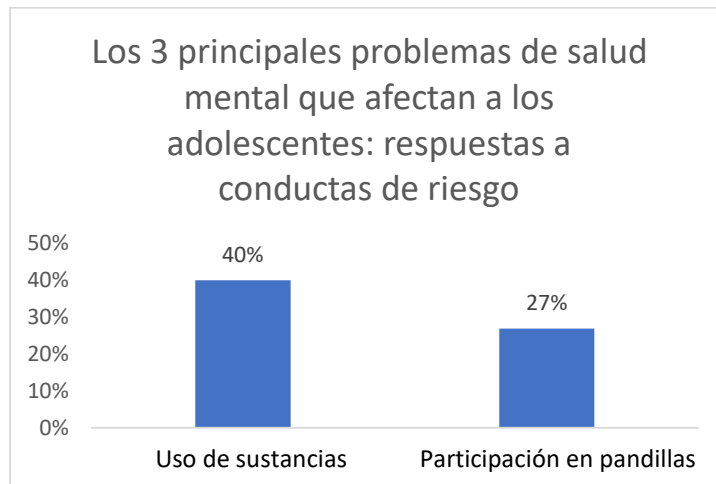


Figura 19: Pregunta #13 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un total de 343 encuestados. El 40% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que el consumo de sustancias era una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectan a los adolescentes, seguido por el 27% de los encuestados que indicaron que era la participación en pandillas.

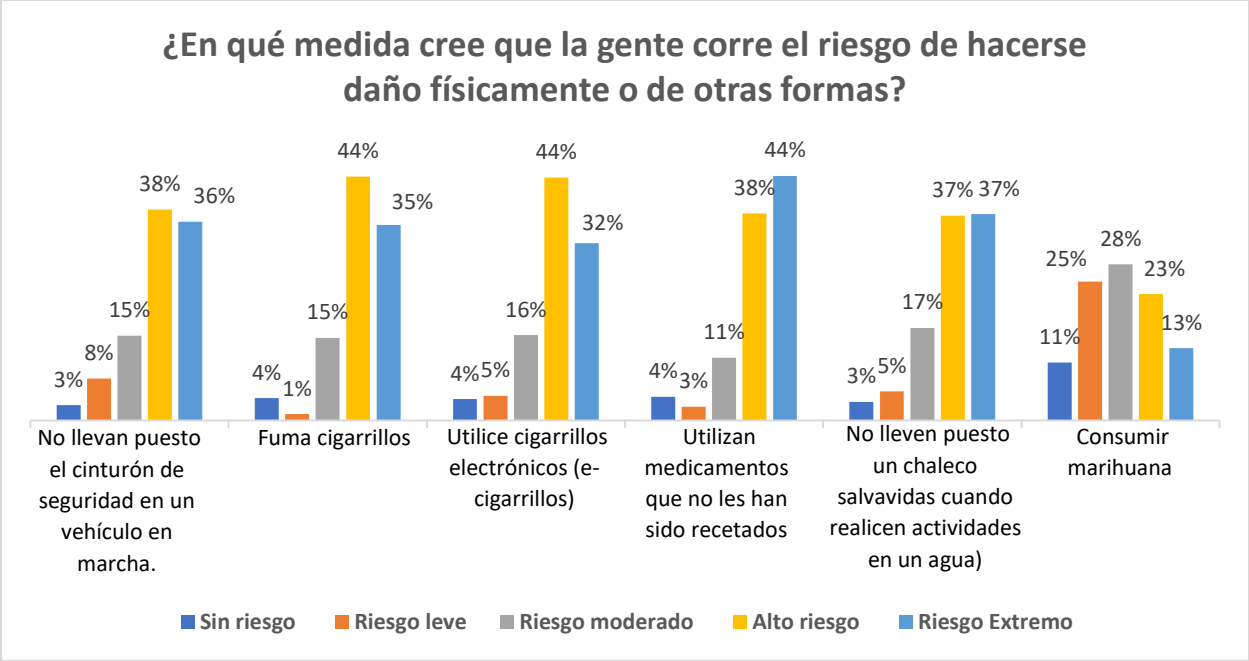


Figura 20: Pregunta #16 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad, con un máximo de 356 encuestados. Esta pregunta listaba seis comportamientos de riesgo separados y pedía a los participantes que determinararan el nivel de riesgo al realizar estos comportamientos. La mayoría de los encuestados pensó que había un riesgo alto o extremo en la mayoría de los comportamientos. El único comportamiento que mostró resultados únicos fue el uso de marihuana, donde más encuestados indicaron que tenía un riesgo leve.

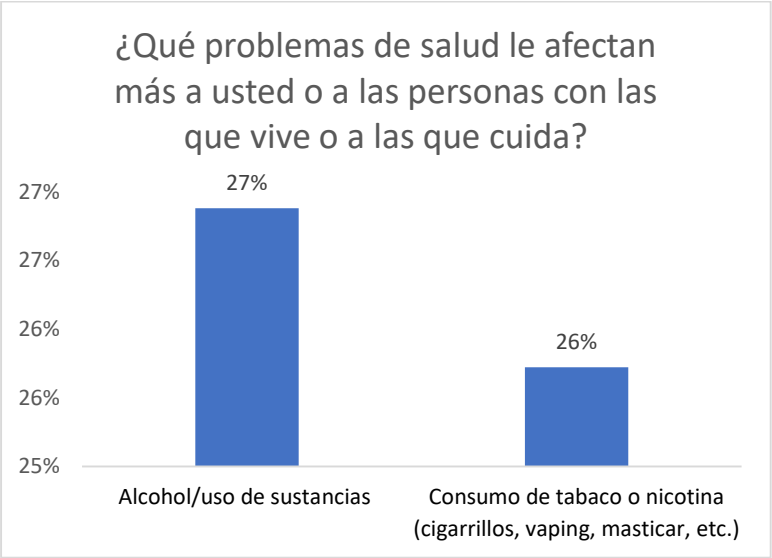


Figura 21: Pregunta #19 de la encuesta conjunta de la CHA para miembros de la comunidad. El 27% de los individuos que respondieron a esta pregunta indicaron que pensaban que el consumo de alcohol y sustancias era una de las tres principales preocupaciones de salud mental que afectaban a ellos mismos o a sus seres queridos, seguido por el 26% que mencionó el uso de tabaco o nicotina. Estos dos problemas de salud comunitaria se destacaron sobre muchas otras respuestas.

Muchos residentes de la comunidad que completaron la encuesta indicaron que sabían qué comportamientos son riesgosos para el bienestar de una persona, como el uso de medicamentos recetados sin receta, el uso de más medicamentos de los recetados, el uso del cinturón de seguridad o

chaleco salvavidas, y el uso de productos de tabaco (cigarrillos y productos de vapor electrónico). El único comportamiento que mostró una diferencia en las respuestas fue el uso de productos de marihuana, que fue percibido como menos riesgoso para la salud de los individuos. Cuando se preguntó cómo el uso de sustancias y los comportamientos de riesgo afectaban a la población juvenil en el condado de Pueblo, el 40% de los encuestados mencionó que el consumo de sustancias era uno de los tres principales problemas que afectan a los niños, seguido por el 27% que indicó la participación en pandillas.

Restricciones y evaluación

A pesar del éxito y la valiosa información obtenida de los resultados conjuntos de la CHA, es importante reconocer las diversas limitaciones relacionadas con este proyecto colaborativo. Como se mencionó en la sección de motivación de este informe, había limitaciones conocidas desde el principio por todas las partes involucradas, incluida una fecha límite ajustada para la finalización. Para cumplir con los plazos de todas las agencias socias de la CHA conjunta para sus Evaluaciones de Necesidades de Salud Comunitaria (CHNA), todo debía completarse antes del 30 de junio de 2024. Dado que el proceso de evaluación comenzó formalmente en enero de 2024, esto dejó al equipo seis meses para completar un proceso completamente nuevo con socios nuevos, cuando normalmente un departamento de salud local dedica un año completo. Además, como sucede con muchas otras agencias comunitarias y gubernamentales dentro del estado, los recursos y los presupuestos eran limitados y se distribuyeron de manera escasa. Por estas razones, hubo limitaciones presupuestarias y de capacidad de personal, así como diferentes perspectivas sobre la misión y los objetivos de una evaluación de salud, a pesar de que se alinearon lo mejor posible desde el principio. Las limitaciones a veces se debían a restricciones de financiamiento sobre cómo se podía gastar el dinero.

Dado que estas limitaciones son conocidas, la evaluación se vuelve aún más importante. PDPHE planea utilizar al menos dos métodos de evaluación diferentes: una evaluación de proceso interna y una evaluación de socios externos, durante julio y agosto de 2024, con la conclusión de la evaluación conjunta. Estos resultados informarán sobre futuras mejoras en el proceso.

Evaluación del proceso interno

Una evaluación de proceso interno del trabajo conjunto de la CHA será realizada por el coordinador de mejora del rendimiento de PDPHE. En el mes de julio de 2024, el coordinador llevará a cabo conversaciones con todo el personal interno involucrado sobre lo que funcionó, lo que no funcionó y por qué, qué le gustaría al equipo tomar en cuenta para la próxima iteración de la CHA (conjunta o no), y si hay algún posible proyecto de mejora de calidad que se pueda iniciar con esta información. Los resultados de estas conversaciones se utilizarán para que el personal interno aprenda de experiencias pasadas y crezca como agencia. Esta información probablemente no se compartirá con los socios externos, aparte de los posibles cambios de proceso implementados durante la próxima CHA conjunta. Debido a que este informe de la CHA conjunta se revisará y publicará antes de la evaluación de proceso interno, los resultados se agregarán al apéndice una vez completados.

Evaluación de socios externos

La evaluación de socios externos es importante para esta primera CHA conjunta realizada en el condado de Pueblo con los socios involucrados actualmente. Para aprender de la experiencia colaborativa y asegurar una mejor relación en el futuro, PDPHE se asoció con un profesor de negocios de la Universidad Estatal de Colorado-Pueblo para llevar a cabo la encuesta en nombre del equipo. Es esencial que la evaluación de socios sea administrada y analizada por una parte externa para mitigar el sesgo y garantizar la confidencialidad. Esto apoyará a las agencias involucradas para que sean honestas en sus respuestas. Las conversaciones para planificar, administrar y analizar la evaluación de socios comenzaron a fines de junio de 2024 y continuarán durante el verano, dependiendo de la capacidad del

profesor con el semestre de otoño. Debido a que este informe de la CHA conjunta se revisará y publicará antes de la evaluación de socios, los resultados se agregarán al apéndice una vez completados.

Agradecimientos

Personal del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Pueblo

- Adler Mercado Martínez Asistente Administrativo CEPR
- Akemi Trujillo Planificadora de Salud Pública
- Alicia Solís Gerente de Programa CEPR
- Joe Philip Coordinador de Mejora del Desempeño
- Moremi Hamblin Analista de datos de Salud Pública
- Olivia Leyva Coordinadora de Iniciativas de Equidad y Participación
- Shylo Dennison Director del CEPR
- Trysten García Oficial de Información de Salud Pública

Equipo Asesor Conjunto de la CHA

- Amelia Vigil UHealth Parkview Medical Center
- Donald Atraque Centro de salud comunitario de Pueblo
- Jessica Russell Health Solutions
- LeAnna Pacheco Health Solutions
- Marco Vegas CommonSpirit St. Mary-Corwin Hospital
- Shylo Dennison Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Pueblo
- Akemi Trujillo Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Pueblo

Socios de Participación Comunitaria

- Pueblo Cooperative Care
- The Pueblo Soup Kitchen
- Pueblo Rescue Mission
- Agencia de Desarrollo de Recursos para Adultos Mayores (SRDA)
- Center Toward Self Reliance

Universidad Estatal de Colorado-Pueblo | Asociación Académica de Salud

- Varios estudiantes en prácticas de CSU-P (nombres protegidos por confidencialidad)
- Dr. Leonardo Bedoya-Valencia Análisis de datos
- Dr. Yunhan Zhao Análisis de datos
- Dr. David Volk Coordinación de Prácticas

- Dra. Margie Day Revisión de encuestas
- Dra. Alegría Ribadenería Traducción al español
- Dra. Alexandra Ribadeneria-Perez Traducción al español
- Dr. Aaron Johnson Revisión de encuestas y mejores prácticas
- Dr. James Gilbreath Evaluación de socios

Obras citadas

Iniciativa Regional de Inequidades en Salud del Área de la Bahía (2002). Marco BARHII. *Marco curricular*.

C-EA, W. (1920). Los campos sin cultivar de la salud pública. *Ciencias*, 51:23.

Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado. (2024). Fases de CHAPS. *Evaluación y Planificación*.

Krause, H. (2021). Puntos de referencia motivacionales: Utilizar las restricciones a su favor. *Todos contamos*.

Prevention First. (2024). Acerca de este centro. *Centro para la participación de la comunidad*.

Sistema de información geográfica del Condado de Pueblo. (2019). *Perfil demográfico y de Ingresos*.

Recuperado de https://county.pueblo.org/sites/default/files/2019-12/Demographic_and_Income_Profile_CountyPueblo_1.pdf.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2024). Determinantes sociales de la salud.

Oficina del censo de Estados Unidos. (2024). *Condado de Pueblo, Colorado*. Recuperado de https://data.census.gov/profile/Pueblo_County,_Colorado?g=050XX00US08101