

Informe de bienestar regional de Cambridge Health Alliance 2025

Una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad

Las principales conclusiones

Cambridge Health Alliance (CHA) se complace en presentar este resumen de las principales conclusiones del Informe Regional de Bienestar de CHA 2025: una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad (CHNA). Este resumen ofrece una visión general del contenido del informe, su elaboración y sus hallazgos clave. Visite nuestro sitio web para obtener más información, recursos y datos: www.challiance.org/communityhealthdata.

Sobre el Informe de Bienestar

El Informe de Bienestar relata la situación de la salud en nuestras comunidades. Cada tres años, CHA colabora con nuestras comunidades para identificar fortalezas, desafíos y prioridades para mejorar el bienestar. Este proceso incluye una *Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (CHNA)*, que involucra a los miembros de la comunidad para ayudarles a comprender los factores que afectan su salud y una *Estrategia de Implementación (IS)*, que es un plan de acción para abordar las prioridades de salud de la comunidad. Este informe abarca las ocho comunidades del área de servicio de CHA: Cambridge, Chelsea, Everett, Malden, Medford, Revere, Somerville y Winthrop.

Este Informe de Bienestar de 2025 presenta los resultados de nuestra última evaluación. Se basa en los aprendizajes obtenidos en 2022, y profundiza en las prioridades que surgieron de esa evaluación, como mejorar la estabilidad de la vivienda, fortalecer la seguridad económica de las familias, aumentar la equidad en el acceso a la atención médica y promover la justicia ambiental. Estas condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales influyen en la salud y el bienestar de las personas.

El informe también se centra en las causas raíz de las desigualdades de salud injustas y evitables que existen entre distintos grupos, como el racismo, la pobreza y la exclusión. Por último, presenta datos sobre problemas de salud física y mental, como enfermedades cardíacas, diabetes, depresión, ansiedad, entre otros.

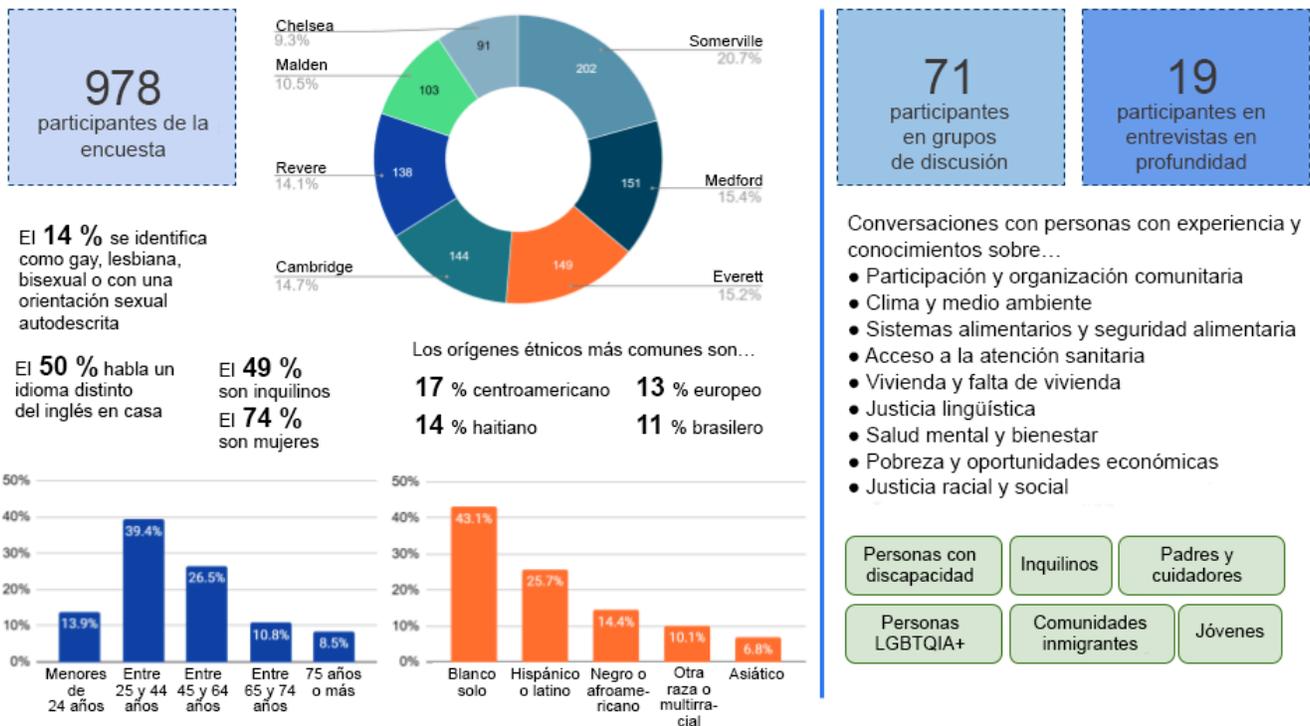


Fuente de la imagen: Asociación Americana de Hospitales, Asociación para la Mejora de la Salud de la Comunidad (ACHI) (2023). Kit de Herramientas de Evaluación de la Salud de la Comunidad.

Cómo se creó el Informe de Bienestar

CHA trabajó con investigadores comunitarios, socios locales y miembros del Consejo Asesor de Salud de la Comunidad para diseñar la evaluación, recopilar y analizar datos, e identificar prioridades para tomar medidas. Este enfoque se denomina Investigación de Acción Participativa (PAR), que enfatiza la participación y el liderazgo de la comunidad en todas las etapas del proceso de evaluación. También coordinamos nuestros esfuerzos con varios sistemas de salud y aliados locales de salud pública que llevaban a cabo la CHNA al mismo tiempo.

Los miembros de la comunidad compartieron sus opiniones y experiencias a través de una encuesta comunitaria, grupos de discusión y entrevistas. Al generar confianza, usar métodos accesibles y valorar la experiencia vivida, pudimos incluir más voces de comunidades de color, inmigrantes, personas LGBTQIA+ y otras comunidades que se ven afectadas por el racismo y otras formas de discriminación.



Se recopilaron datos adicionales de más de 40 fuentes confiables, incluida la Oficina del Censo de los Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, así como informes regionales y locales sobre temas de salud específicos. Trabajamos en colaboración con nuestra comunidad para comprender el verdadero significado de estos datos y definir las acciones necesarias en consecuencia.

Si bien este informe relata una historia importante sobre la salud en nuestras comunidades, también es una historia que se transforma. Los datos para esta evaluación se recopilaron durante el verano y el otoño de 2024, y el informe se redactó a principios del verano de 2025. A lo largo de este año, se han producido desarrollos políticos, económicos, sociales y ambientales significativos que afectan nuestro mundo, el país y las comunidades locales. Los datos y testimonios presentados en este informe conducen a conclusiones que siguen siendo altamente relevantes para la equidad en salud, si no es que aún más. **CHA reafirma su compromiso de promover la equidad en salud y de centrar las prioridades comunitarias en todo nuestro trabajo.**

La equidad en salud significa que todas las personas tienen la misma oportunidad justa y equitativa de gozar el mejor estado de salud posible. Para lograrlo, debemos eliminar los obstáculos para la salud, como la pobreza, la discriminación, los profundos desequilibrios de poder y sus consecuencias, como la falta de acceso a empleos dignos con salarios justos, educación y vivienda de calidad, entornos seguros y atención médica.

~ Braveman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, and Plough A. [What Is Health Equity? And What Difference Does a Definition Make?](#) Robert Wood Johnson Foundation, 2017

Hallazgos clave: fortalezas y desafíos

Nuestras comunidades e instituciones poseen muchas fortalezas. La mayoría de los participantes en la Evaluación del Bienestar expresaron tener un sentido de pertenencia en sus comunidades y consideran que son buenos lugares para vivir, criar hijos y envejecer. Al mismo tiempo, muchas personas también compartieron preocupaciones sobre desafíos importantes, como la falta de conexión social y confianza, las barreras para acceder a los recursos, y políticas y sistemas injustos. Estos problemas afectan la salud y el bienestar de las personas, especialmente en grupos que sufren discriminación. Aun con estos desafíos, la mayoría manifestó creer que es posible mejorar si nos apoyamos en las fortalezas que ya existen en nuestras comunidades.

De todos los resultados de la Evaluación de Bienestar, se destacaron 10 hallazgos clave, los cuales se analizan con mayor profundidad en el Informe de Bienestar completo. Estos 10 hallazgos clave se pueden utilizar para darse una idea de lo que las personas en nuestras comunidades valoran más, y cómo podemos enfocar nuestros esfuerzos para fortalecer la salud y el bienestar de la comunidad.

Hallazgo clave n.º 1 | El **sentido de comunidad basado en el cuidado colectivo** es esencial para el bienestar, incluso frente a desafíos sistémicos.

En todas nuestras entrevistas y grupos de discusión, los miembros de la comunidad enfatizaron el impacto positivo que la **conexión**, la **pertenencia**, el **espacio compartido** y la **ayuda mutua** tienen en su salud física y mental. Estos temas apuntan a un concepto llamado **cuidado colectivo**.

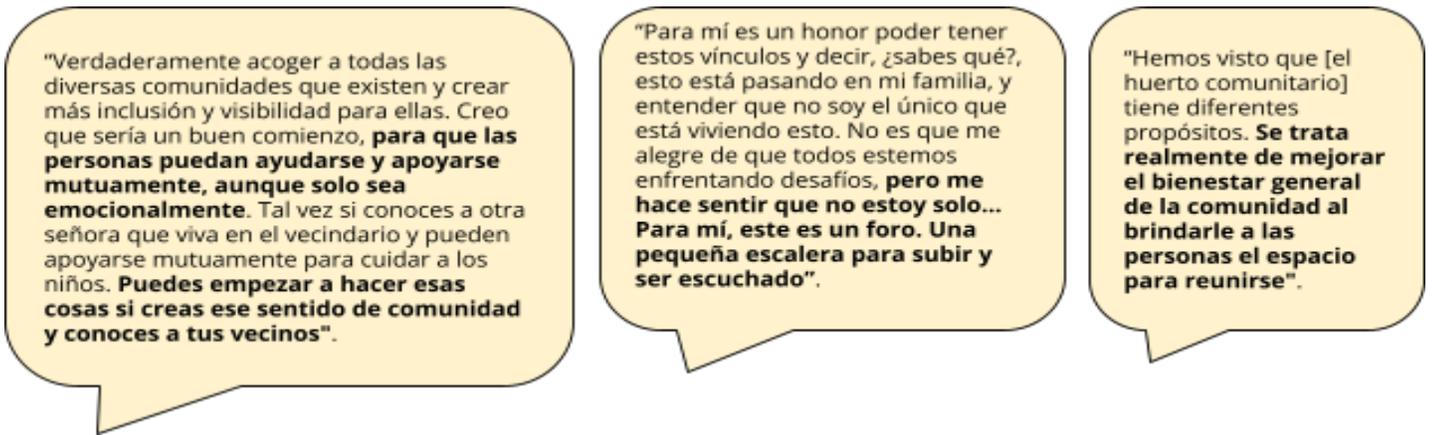
Si bien el cuidado colectivo tiene muchas definiciones, una que ofrece un marco para este hallazgo principal establece:

La atención es nuestra capacidad individual y común de brindar las condiciones políticas, sociales, materiales y emocionales que permiten que la gran mayoría de las personas y criaturas vivas de este planeta prosperen, junto con el propio planeta.

Rottenberg, C. and Segal, L. [What is Care?](#) The Care Collective.

Los participantes en la Evaluación de Bienestar hablaron sobre el cuidado colectivo de dos maneras. En primer lugar, hablaron sobre el **valor de crear espacios donde las personas puedan construir relaciones, apoyarse mutuamente y reducir el aislamiento**. El sentido de conexión y pertenencia fue especialmente importante para quienes enfrentan injusticia y opresión, no solo para proteger su bienestar y compartir recursos, sino también para organizarse y defender sus derechos. En segundo lugar, hablaron sobre **la necesidad de que los sistemas e instituciones estén diseñados de manera que sean solidarios, accesibles y basados en la dignidad humana**. De hecho, la barrera para el bienestar mencionada con mayor frecuencia fue el diseño de los propios sistemas destinados a brindar apoyo. Sistemas como la atención médica, los servicios sociales, los beneficios públicos y la vivienda se describieron como confusos, impersonales o difíciles de explorar, generando más estrés que alivio.

Este hallazgo nos plantea el desafío de cómo diseñar sistemas que no solo sean eficientes y eficaces, sino también equitativos, accesibles y solidarios.

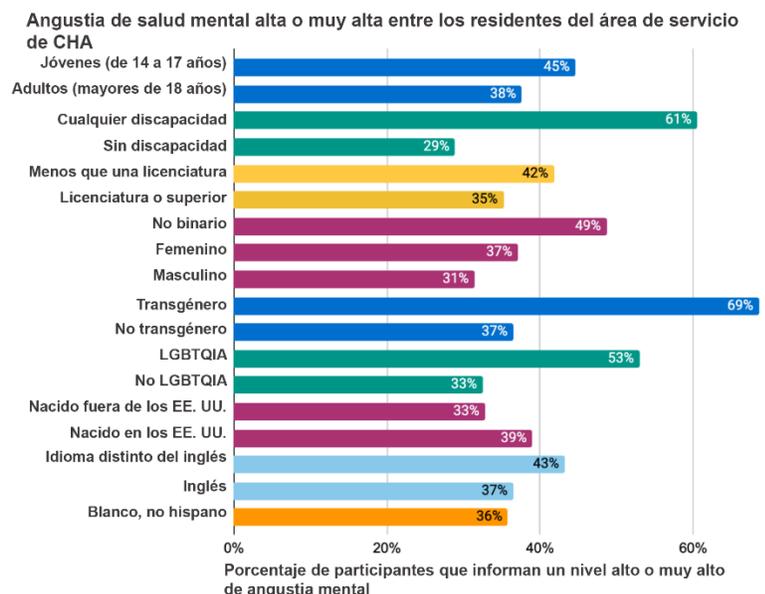


Hallazgo clave n.º 2 | Más de 1 de cada 3 adultos (38 %) y casi la mitad de los jóvenes (45 %) informan niveles altos o muy altos de **trastornos de salud mental**.

La salud mental es una parte esencial del bienestar. Sin embargo, muchas personas en nuestras comunidades enfrentan estrés, ansiedad y desesperación significativas.

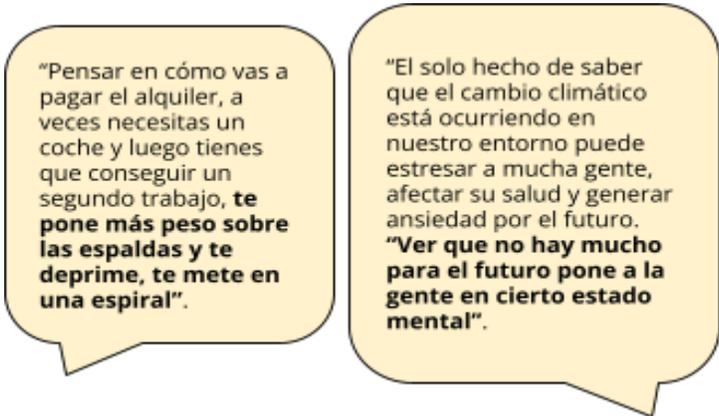
Punto de datos | Entre los residentes del área de servicio de CHA, **muchas personas informan niveles altos o muy altos de angustia por la salud mental**, especialmente los jóvenes (45 %), las personas LGBTQIA (el 53 % en general y el 69 % de las personas transgénero) y las personas con discapacidades (61 %).

Fuente: Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Encuesta sobre equidad en la salud de la comunidad, 2023



Las comunidades que a menudo enfrentan discriminación tienen más probabilidades de reportar niveles altos o muy altos de trastornos de salud mental, incluidas las personas de color, las personas que hablan idiomas distintos del inglés, las personas no binarias y las personas con un nivel educativo más bajo.

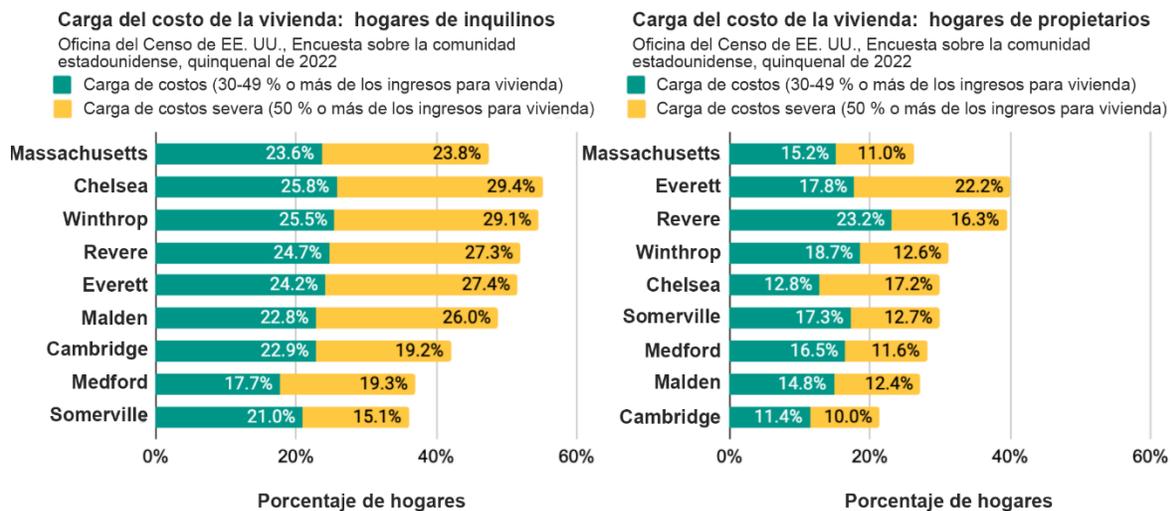
Cuando se les preguntó sobre las causas de los problemas de salud mental, los miembros de la comunidad señalaron la **ansiedad y el estrés relacionados con la inseguridad habitacional, la falta de ingresos, el cambio climático, la falta de apoyo para cuidadores, la discriminación y las condiciones sociales y políticas perjudiciales**. Estas cuestiones requieren acciones tanto en las comunidades como en las instituciones. Si bien el acceso a los servicios para la salud mental es importante, las experiencias de los miembros de la comunidad muestran que este desafío no puede ser responsabilidad exclusiva de los profesionales que atienden la salud mental.



Hallazgo clave n.º 3 | Más de 1 de cada 3 hogares (39 %) paga más del 30 % de sus ingresos en vivienda y alrededor de 1 de cada 3 personas en nuestras comunidades enfrenta inseguridad alimentaria.

La inseguridad habitacional y la inseguridad alimentaria están estrechamente vinculadas. Cuando las personas tienen dificultades para afrontar el costo de la vivienda, enfrentan riesgos como el desalojo, el hacinamiento y el corte de servicios públicos. Es posible que prioricen el pago del alquiler o la hipoteca antes que el de los alimentos, la atención médica u otras necesidades básicas.

Punto de datos | El porcentaje de hogares con una carga económica por vivienda varía según la comunidad. Más de la mitad de los hogares de inquilinos en Chelsea, Winthrop, Revere y Everett, y más de 1 de cada 3 hogares de propietarios en Everett y Revere, destinan ≥30 % de sus ingresos en vivienda.



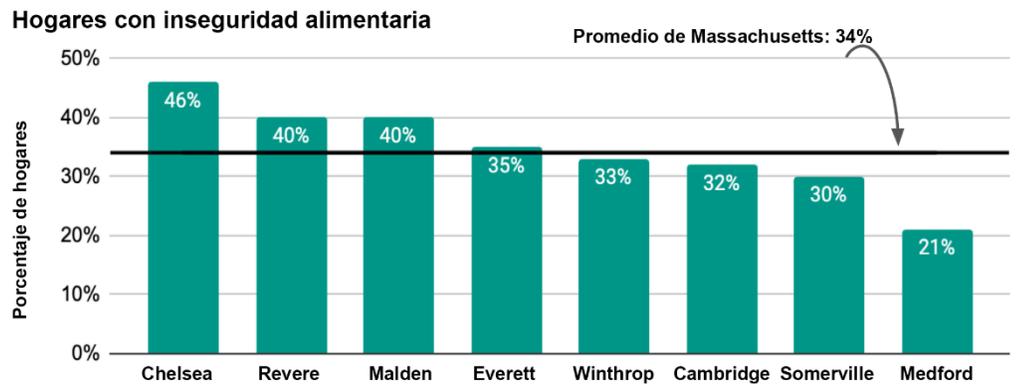
En nuestras comunidades, los hogares que alquilan tienen más probabilidades de experimentar una carga por el costo de la vivienda en comparación con los hogares que son propietarios. La carga del costo de la vivienda se ha mantenido históricamente alta durante los últimos años. Esto es especialmente cierto para los inquilinos y para los hogares negros o latinos. A nivel estatal, el número de personas sin hogar casi se duplicó entre 2022 y 2024: de 15 500 a 29 360 personas. Cambridge registró un aumento del 70 % en el número de personas sin hogar durante este período de tiempo.

Entre los participantes en la Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, la **vivienda más asequible** fue la prioridad de mejora más común. Esto fue siempre cierto, independientemente del grupo etario, el grupo racial, el idioma o el historial de inmigración. En general, no hay suficientes viviendas que la gente pueda costear, y los ingresos no han seguido el ritmo del aumento de los costos de la vivienda.

La inseguridad alimentaria ha aumentado en todo el estado del 19 % en 2019 al 34 % en 2023; ahora, 1 de cada 3 personas informa que se quedó sin alimentos o no tiene suficiente dinero para comprar alimentos cada mes. El alto costo de los alimentos, el aumento del costo de vida y el fin de las políticas de seguridad económica creadas durante la COVID-19 han impulsado esta tendencia. La inseguridad alimentaria afecta de manera desproporcionada a los hogares de indígenas estadounidenses (62 %), hispanos (56 %), negros (51 %) y LGBTQ+ (56 %), así como a los estudiantes universitarios (44 %).

Punto de datos | En nuestras comunidades, el **porcentaje de hogares que experimentan inseguridad alimentaria** supera el promedio estatal en Chelsea, Revere, Malden y Everett.

Fuentes: Banco de Alimentos del Gran Boston (2024). [Food Equity and Access in Massachusetts: Voices and Solutions from Lived Experience](#); Closing the Meal Gap, [ArcGIS Map](#)



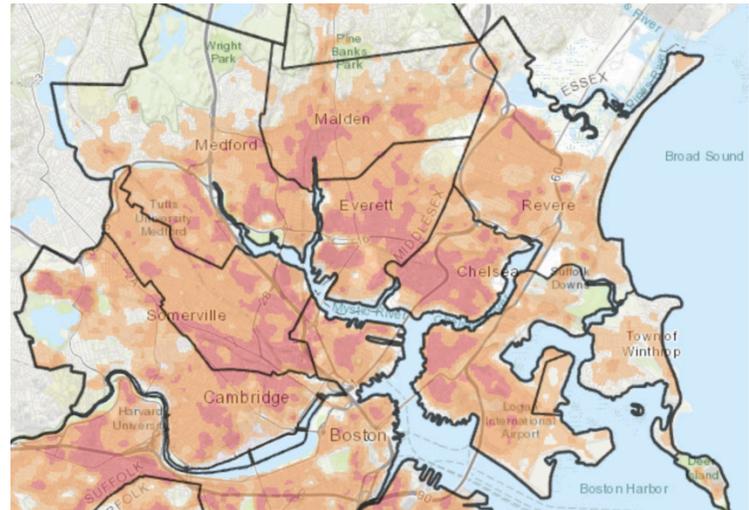
Los datos de la Oficina del Censo de EE. UU. muestran que la inscripción en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (**SNAP**) ha aumentado entre un 13 % y un 41 % desde 2020 en nuestras comunidades. Es positivo que más personas tengan acceso a recursos para comprar alimentos. Sin embargo, según un informe del Banco de Alimentos del Gran Boston, solo el 34 % de los participantes de SNAP en todo el estado dicen que sus beneficios son suficientes para cubrir sus costos mensuales de comestibles. Muchas personas en nuestras comunidades siguen experimentando inseguridad alimentaria, incluso con la importante ayuda de SNAP.

Hallazgo clave n.º 4 | Los problemas de salud ambiental, incluidas la exposición al calor y a las sustancias químicas, son un foco de atención cada vez mayor.

Los miembros de la comunidad están cada vez más preocupados por los problemas de salud ambiental, como el calor extremo, la contaminación del aire, la contaminación del agua y la exposición a sustancias químicas en los alimentos y otros productos. A través de grupos de discusión y entrevistas, los miembros de la comunidad enfatizaron que un ambiente **libre de contaminación y resiliente al clima** es esencial para el bienestar.

Mapeo de datos | Muchos vecindarios de las comunidades de CHA se consideran **puntos críticos de riesgo de calor extremo**. Las áreas de Somerville, Everett, Chelsea y partes de Malden se verán especialmente afectadas. En este mapa, los vecindarios que se muestran en rojo y naranja tienen una temperatura de la superficie terrestre durante el día más alta en comparación con el promedio de la zona.

Fuente de la imagen: The Trust for Public Land, Climate-Smart Cities Boston Metro Mayors Region, [aplicación de mapeo del SIG](#)



Nivel de riesgo: ■ Muy alto ■ Alto ■ Moderado

Muchas personas sienten que su entorno no favorece su salud y seguridad. Entre los participantes en la Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, las preocupaciones sobre la calidad del aire, el agua potable y el acceso a opciones para mantenerse fresco durante el calor extremo fueron comunes. Más de 1 de cada 7 personas informaron no tener acceso a opciones para mantenerse frescos o a agua segura para beber. Más de 1 de cada 5 personas manifestaron estar preocupadas por respirar aire contaminado.

el
14
%

No tiene acceso a opciones para mantenerse fresco durante el calor extremo

Los residentes de raza negra e hispana tienen **menos** probabilidades de acceso a opciones que los residentes de raza blanca o asiática

el
14
%

No está de acuerdo en que el agua de su comunidad es segura para beber

Los residentes de raza asiática e hispana tienen **menos** probabilidades de decir que el agua es segura que los residentes de raza blanca o negra

el
22
%

No está de acuerdo en que el aire en su comunidad es saludable para respirar

Los residentes de raza asiática, negra e hispana tienen **más** probabilidades de decir que el aire es saludable que los residentes de raza blanca

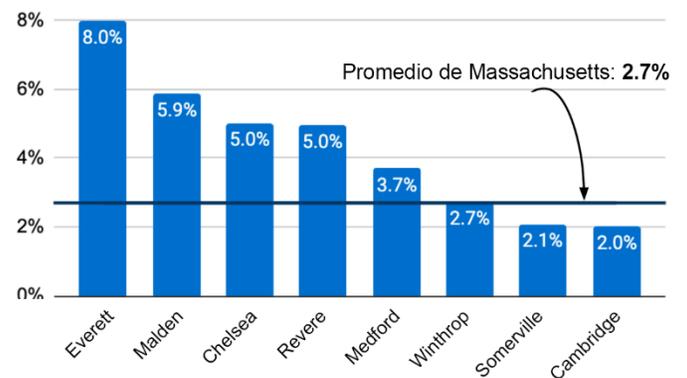
Hallazgo clave n.º 5 | Las barreras para acceder a la atención de salud física y mental son peores ahora que antes de la pandemia de COVID.

Los miembros de la comunidad y los proveedores de atención médica enfatizan que, comparativamente, las **personas tienen necesidades más complejas** que antes de la pandemia. Algunas personas retrasaron la búsqueda de atención médica durante la COVID, lo que permitió que los problemas de salud se volvieran más graves. Algunas personas desarrollaron COVID prolongada, algo que aún no se comprende bien. Vivir en una pandemia que causó tantas pérdidas generó estrés y dolor, lo que sigue afectando la salud mental de las personas. Además, los **sistemas de salud ahora carecen más de recursos suficientes**. Las políticas que aumentaron la financiación a los hospitales y los sistemas de salud pública durante la pandemia han terminado. Algunos proveedores médicos se jubilaron o cambiaron de carrera. No hay suficientes recursos comunitarios, organizacionales y gubernamentales para abordar las necesidades sociales, económicas y ambientales de los pacientes. Estos patrones ejercen una **presión adicional** sobre el sistema de salud, afectan los resultados de salud de las personas y contribuyen a la inequidad en materia de salud.

Punto de datos | El porcentaje de residentes sin seguro médico es más alto que el promedio del estado de Massachusetts en Everett, Malden, Chelsea, Revere y Medford. Muchas personas que tenían MassHealth perdieron la cobertura de seguro después de que se declaró el fin de la pandemia de COVID, aunque los esfuerzos de extensión comunitaria ayudaron a prevenir la cancelación de la afiliación o conectar a las personas con nuevas opciones de seguro médico.

Fuente: Oficina del Censo de Estados Unidos, Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, para 2022 a cinco años.

Población general sin seguro de salud



Cuando analizamos *cada* comunidad, las tasas de personas sin seguro varían entre grupos de personas que viven en la misma ciudad. Las personas que enfrentan racismo y otras formas de discriminación tienden a tener menos probabilidades de tener seguro médico. En nuestras comunidades, los inmigrantes tienen más probabilidades de no tener seguro en comparación con las personas nacidas en los EE. UU. Las personas de color tienen más probabilidades de no tener seguro en comparación con los residentes de raza blanca.

En comparación con las personas nacidas en EE. UU., el número de **inmigrantes no ciudadanos sin seguro** es...

16 veces más alta en **Medford**
 5,7 veces más alta en **Revere**
 4,5 veces más alta en **Chelsea**

Las tasas de **residentes hispanos sin seguro** son más altas en...

Medford - 16,5 %
 Everett - 11,6 %
 Malden - 8,2 %
 Chelsea - 6,2 %
 Winthrop - 4,7 %

Las tasas de **residentes de raza negra sin seguro** son más altas en...

Revere - 8,0 %
 Cambridge - 7,1 %
 Somerville - 5,8 %

Existen otras barreras que impiden la atención médica, además de no tener seguro. Entre los participantes en la Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, los tipos de necesidades de atención médica más comunes fueron atención dental, atención primaria y atención oftalmológica. Descubrimos que el **30 % de las personas que necesitaban atención dental, el 11 % de las personas que necesitaban atención primaria y el 15 % de las personas que necesitaban atención oftalmológica** en los últimos 12 meses no pudieron acceder a ella. Además, más del **30 % de las personas que necesitaban atención de salud mental (de rutina o de emergencia) o tratamiento por un trastorno de uso de sustancias** no pudieron obtener la atención que necesitaban. Las razones más comunes por las que las personas no podían acceder a la atención estaban relacionadas con el costo, la cobertura del seguro, la imposibilidad de obtener una cita, la falta de confianza o las barreras de conocimiento.

El 61 % de las personas que no pudieron acceder a la **atención dental** dijeron que fue porque su **seguro no la cubría**.

El 42 % de las personas que no pudieron acceder a la **atención primaria** y el **40 %** de las personas que no pudieron acceder a **atención de salud mental** de rutina dijeron que fue porque **no pudieron conseguir una cita**.

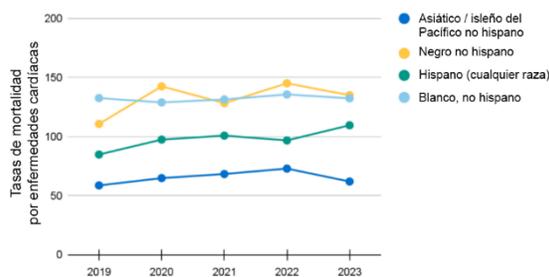
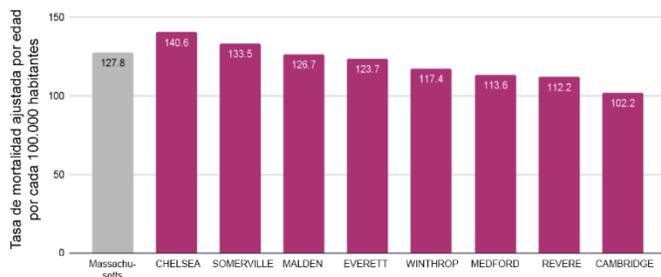
El 42 % de las personas que no pudieron acceder a la **atención de emergencia por una crisis de salud mental** dijeron que fue porque **no sabían a dónde ir**.

Hallazgo clave n.º 6 | Las enfermedades cardíacas, el cáncer, la diabetes y las infecciones de transmisión sexual son importantes desafíos de salud en nuestras comunidades.

Las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes siguen teniendo un impacto significativo en la salud de las personas de nuestras comunidades. Las enfermedades cardíacas y el cáncer son las principales causas de muerte en nuestras comunidades, así como a nivel estatal y nacional. Las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas son más altas en Chelsea y Somerville que el promedio del estado de Massachusetts. Las tasas de mortalidad por cáncer son más altas en Malden y Chelsea que el promedio del estado de Massachusetts. A nivel estatal, las tasas de mortalidad por cáncer y enfermedades cardíacas solían ser más altas entre los residentes de raza blanca; ahora, las tasas son más altas entre los residentes de raza negra.

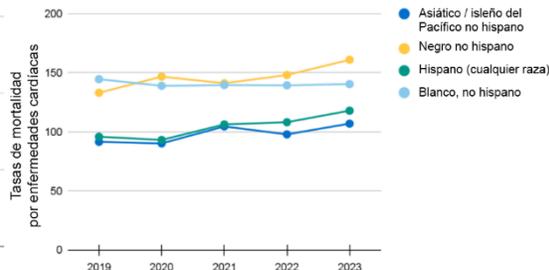
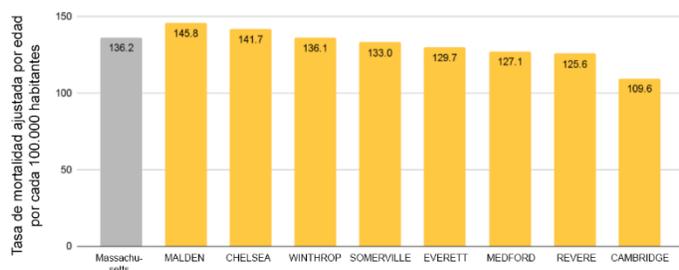
Tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes

Tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas



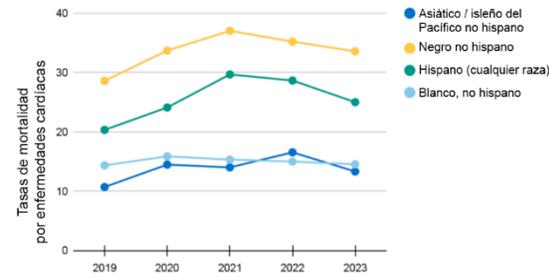
En todo Massachusetts, la mortalidad por enfermedades cardíacas ha aumentado entre los residentes negros e hispanos.

Tasas de mortalidad por cáncer



En todo Massachusetts, la mortalidad por cáncer ha aumentado entre los residentes asiáticos, negros e hispanos.

Tasas de mortalidad por diabetes



En todo Massachusetts, la mortalidad por diabetes muestra las disparidades raciales y étnicas más amplias de todos los indicadores de mortalidad.

Fuente: Archivo de Registros Vitales y Estadísticas de Massachusetts, Causas Seleccionadas de Muerte, 2019-2023.

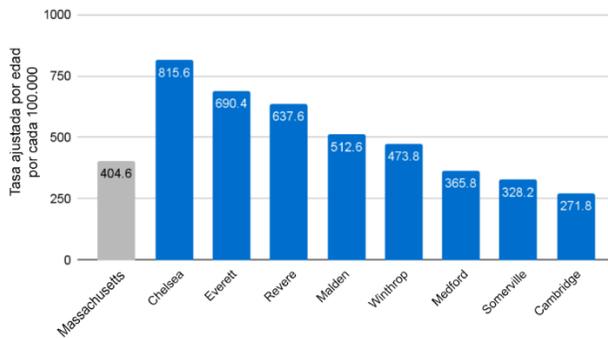
Las tasas de mortalidad por diabetes son en general más bajas en comparación con las enfermedades cardíacas y el cáncer. Sin embargo, las tasas son más altas en 6 comunidades: Everett, Malden, Somerville, Chelsea, Revere y Medford que el promedio de MA. Los indicadores de diabetes muestran las mayores disparidades entre los grupos raciales y étnicos. En todas nuestras comunidades, los residentes de raza negra tienen de 2 a 7 veces más probabilidades de visitar la sala de emergencias debido a complicaciones de la diabetes que los residentes de raza blanca. A nivel estatal, las tasas de mortalidad por diabetes son 2,2 veces más altas entre los residentes de raza negra y 1,7 veces más altas entre los residentes hispanos en comparación con los residentes de raza blanca.

Las tasas de infecciones por clamidias, gonorrea y sífilis han aumentado en nuestras comunidades desde 2020. Si bien las pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) se han expandido, las pruebas por sí solas no explican estos aumentos. Las tasas de clamidia son más altas en Chelsea, Everett, Revere, Malden y Winthrop que el promedio de Massachusetts. Las tasas de gonorrea y sífilis son más altas en todas nuestras comunidades que el promedio de Massachusetts. No hay datos raciales ni étnicos disponibles de infecciones por clamidias y gonorrea, pero encontramos que las tasas de sífilis son significativamente más altas entre los residentes de raza negra e hispana en comparación con los residentes de raza blanca y asiática.

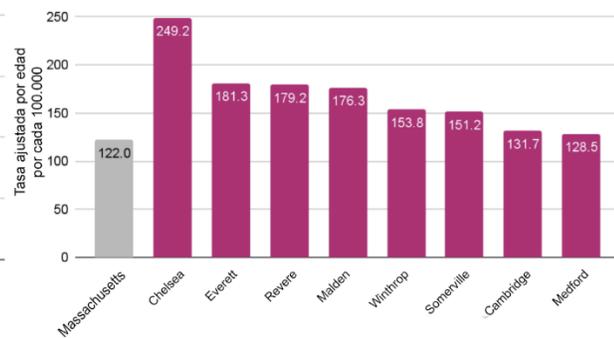
Los nuevos diagnósticos de VIH se han mantenido estables en los últimos años y son más bajos que los de otras ITS, pero todavía son más altos en Everett, Chelsea, Malden y Revere que el promedio de Massachusetts. Existen amplias disparidades raciales y étnicas, con tasas significativamente más altas entre los residentes de raza negra e hispana en comparación con los residentes de raza blanca y asiática en nuestras comunidades.

Incidencia de clamidia, gonorrea, sífilis y VIH

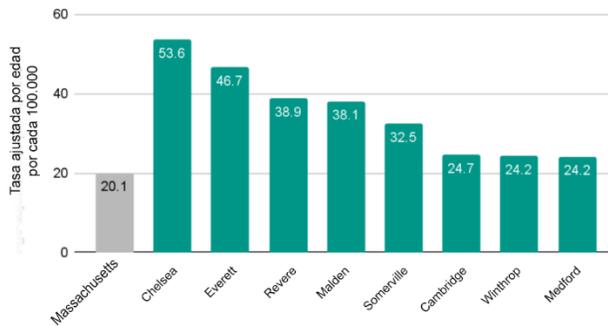
Incidencia de la clamidia



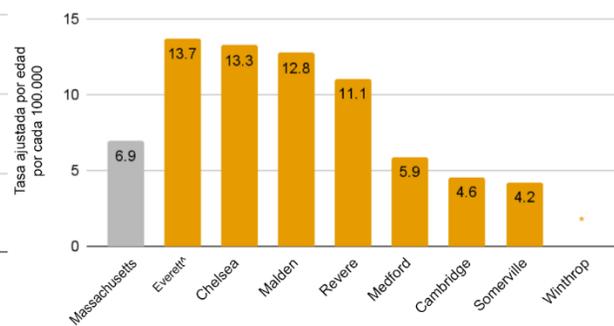
Incidencia de la gonorrea



Incidencia de la sífilis



Incidencia del VIH



Fuente: Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Oficina de Enfermedades Infecciosas y Ciencias de Laboratorio, División de Vigilancia, 2019-2023.

Notas: La tasa de incidencia del VIH a 5 años para Everett puede estar subestimada, ya que se suprimieron los datos de 2022 porque hubo menos de 5 personas diagnosticadas con VIH ese año. No se pudo calcular ninguna estadística para Winthrop porque hubo menos de 5 personas diagnosticadas con VIH en cada año del período de informe de 5 años.

Hallazgo clave n.º 7 | La salud física y mental de los **miembros de la comunidad inmigrante** se ve afectada significativamente por la exclusión social, económica y política.

A través de grupos de discusión y entrevistas, los inmigrantes describieron cómo las políticas y prácticas a menudo amenazan la seguridad y el bienestar de sus comunidades. Los principales factores de estrés que informaron incluyen **miedo a la deportación**, **desinformación** sobre la atención médica y los recursos a los que se tienen derecho, **barreras lingüísticas**, **discriminación en la vivienda** y **explotación laboral**.

"Tenemos elecciones en unos días. **Si sale elegido alguien que esté en contra de los inmigrantes, esto afectará a mucha gente de la comunidad.** La gente está preocupada por la posibilidad de ser deportada. Hay mucho estrés físico y emocional".

Cada uno de estos factores estresantes tiene consecuencias directas sobre la salud, como ansiedad, depresión o retraso en el acceso a la atención médica. Los participantes indocumentados compartieron su miedo a la discriminación y a menudo tienen temor de hablar sobre situaciones de riesgo en sus viviendas o lugares de trabajo, que pueden provocar lesiones o enfermedades.

"Personalmente, no tengo buenos beneficios del DTA **porque no tengo un número de Seguro Social. Y por la edad de mi hija, solo me dan 23 dólares.** ¿Quién, en estos tiempos y con estas situaciones, compra comida con 23 dólares? **¿Qué comida saludable puedo darle a una niña que también tiene una afección médica que requiere alimentos específicos con 23 dólares?"**

También hay consecuencias indirectas. Sin un estado migratorio que les permita reunir los requisitos, los adultos indocumentados no pueden acceder a muchos beneficios públicos de los que dependen otras familias en circunstancias económicas similares para poder pagar alimentos saludables, vivienda segura y accesible y atención médica. Algunos participantes expresaron temor o confusión acerca de solicitar recursos a los que ellos o sus hijos podrían tener derecho, independientemente de su estado migratorio. El robo de salarios fue otra preocupación común que afecta la estabilidad financiera.

"Soy madre de dos hijos. Uno tiene cinco años y tiene necesidades especiales. Tengo que vivir en el tercer piso y cargar a ese niño, y son 28 escalones... Estamos tratando de conseguir un apartamento en el primer piso, pero es súper difícil porque todo es caro y no tenemos ninguna ayuda. **"Porque, a veces, [con mi] estatus migratorio, estoy en el proceso y trato de evitar recibir ayuda por eso".**

Los participantes describieron cómo el miedo a la deportación los lleva al aislamiento y les impide buscar atención médica. También describieron las dificultades que enfrentan para navegar el sistema de seguros y comprender las opciones de atención médica.

Varios participantes compartieron que a menudo se culpa a los inmigrantes de problemas que afectan a todos, como la crisis de la vivienda. En lugar de reconocer las luchas compartidas, esta narrativa crea división y resentimiento.

Al mismo tiempo, los inmigrantes que sienten un sentido de inclusión y tienen fuertes conexiones comunitarias (por ejemplo, con organizaciones culturales, instituciones religiosas o vecinos) informan impactos positivos en su salud.

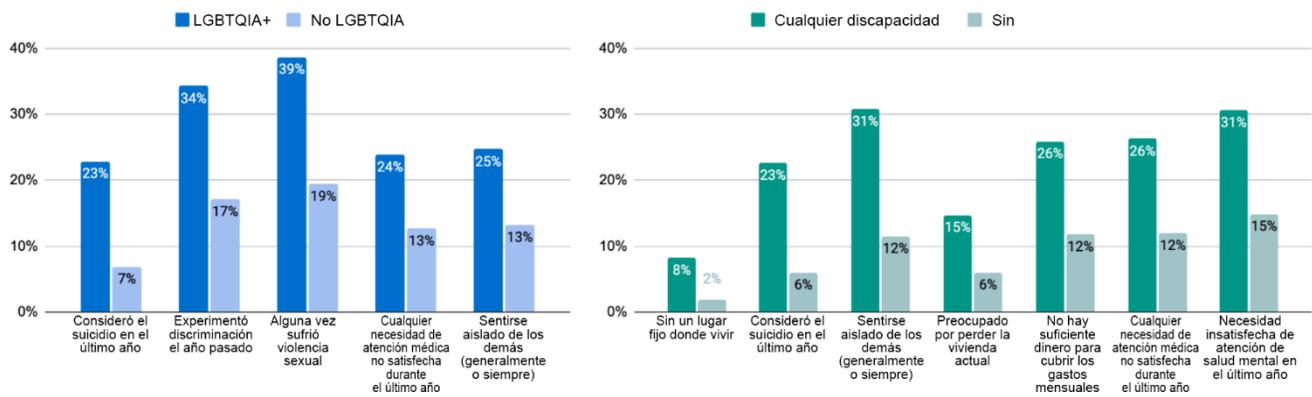
"Veo lo que siento como un fracaso a la hora de responder a la crisis de vivienda. **Se trata de una emergencia que se ha presentado como una crisis migratoria**, lo cual es altamente problemático y ha contribuido no solo a una narrativa falsa y a una reacción violenta de vecinos y políticos, sino que ha generado una renuencia a actuar mejor y de manera más intencional. Son "ellos", esos son los que vienen, ya hemos gastado todos los recursos... ya sean recién llegados **o personas que han estado en Massachusetts durante décadas, todos se están viendo afectados por la falta de vivienda, el aumento de los costos y diferentes factores en nuestra economía que están expulsando a la gente.**

Hallazgo clave n.º 8 | Las personas con discapacidad y las personas LGBTQIA+ experimentan barreras desproporcionadas para su bienestar.

Existen diferencias significativas en las experiencias de discriminación, violencia, salud mental y acceso a recursos al comparar a las personas LGBTQIA+ y las personas con discapacidades con sus pares.

Punto de datos | Entre los residentes del área de servicio de CHA, las **diferencias más grandes en las experiencias entre personas LGBTQIA+ y quienes no lo son**, estaban relacionadas con el aislamiento y el suicidio, la discriminación, la violencia sexual y el acceso a la atención médica. Hubo diferencias aún **mayores en las experiencias entre personas con discapacidades y aquellas sin discapacidades**: las más grandes estaban relacionadas con la estabilidad de la vivienda, el aislamiento y el suicidio, la estabilidad financiera y el acceso a la atención médica, en particular la atención de salud mental.

Las mayores disparidades entre los residentes del área de servicio de la CHA



Fuente: Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Encuesta sobre equidad en la salud de la comunidad, 2023

Notas: Los indicadores seleccionados son aquellos con una diferencia de al menos 1,9 veces entre grupos, en orden de mayor a menor diferencia. Se evaluaron indicadores de barreras de bienestar relacionadas con la vivienda, las necesidades básicas, la seguridad, la discriminación y la salud mental.

En grupos de discusión y entrevistas, las personas LGBTQIA+ compartieron historias de haber sido tratadas injustamente por los proveedores de atención médica y de temor a la violencia. Las personas con discapacidad describieron la falta de viviendas accesibles y asequibles y de transporte confiable, así como los costos adicionales necesarios para mantener su calidad de vida, como el equipo médico. Tanto las personas LGBTQIA+ como las personas con discapacidad enfatizaron que las identidades a menudo se entrecruzan. Por ejemplo, una persona con una discapacidad o que es LGBTQIA+ también puede ser parte de un grupo racial, étnico o lingüístico marginado. Estas identidades superpuestas pueden hacer que las barreras al bienestar sean aún mayores. En general, los participantes destacaron que los sistemas pueden hacer un mejor trabajo al incluir sus voces y experiencias en la toma de decisiones.

“Como persona no binaria, me he enfrentado a muchos desafíos. Algunos proveedores de atención médica no respetan mi identidad. Tengo que defenderme para recibir atención médica adecuada... **Es difícil intentar ocultar el miedo a la discriminación o al acoso de las personas que te rodean**”.

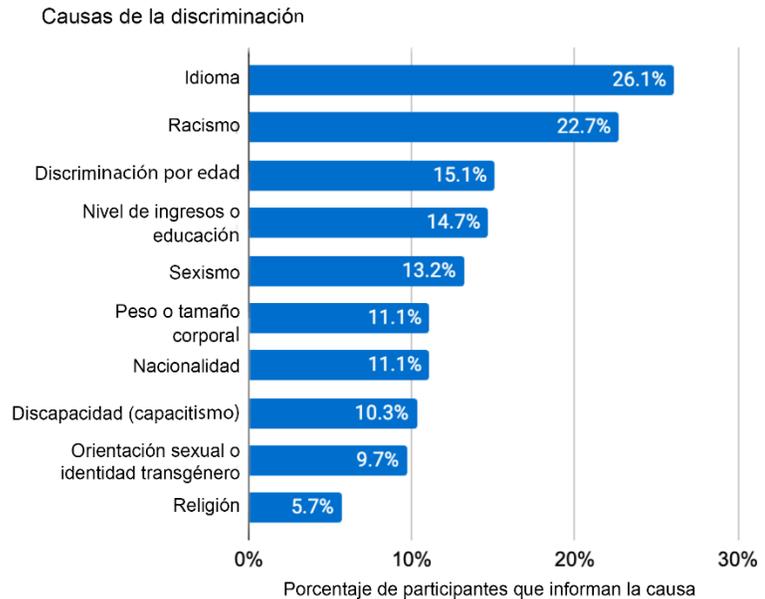
“**Las ciudades y los pueblos deben permitir que las personas con discapacidad participen en las decisiones.** Las reuniones híbridas deben ser imprescindibles para todos, para que puedan asistir a llamadas y reuniones y estar informados sobre lo que está sucediendo”.

Hallazgo clave n.º 9 | El racismo y el idioma son las causas de discriminación citadas con mayor frecuencia.

En la Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, se preguntó a los participantes si habían experimentado discriminación en áreas como atención médica, vivienda, empleo y policía y, de ser así, cuál creían que era la causa de esa discriminación. El racismo y el idioma fueron las razones más comunes.

Punto de datos | Entre las personas que informaron haber sufrido discriminación, las **razones más comunes** dadas fueron hablar un idioma distinto del inglés (26 %) y racismo (23 %). También se señalaron otras causas de discriminación, que reflejan la amplia gama de experiencias de discriminación que enfrentan los miembros de la comunidad.

Fuente: Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, 2024



Los miembros de la comunidad compartieron muchos ejemplos de discriminación tanto estructural como interpersonal, como el legado de racismo en los préstamos hipotecarios para vivienda (conocido como "redlining"), el prejuicio contra los inmigrantes y refugiados que excluye su participación en los comités locales, la falta de atención a la exposición al plomo entre los niños de color, y más. Como se describe en otros hallazgos clave, las personas de color e inmigrantes a menudo experimentan mayores barreras para el bienestar y los peores resultados de salud en comparación con sus pares. Estos ejemplos destacan la necesidad continua de centrarse en la justicia lingüística y el antirracismo en todas las políticas y prácticas.

"Si colocáramos un mapa de calor sobre un mapa de discriminación, **nuestros barrios más populares [tendrían] una calificación D y F para obtener una hipoteca de vivienda [por ley] hace cien años.** Vivienda, calefacción y salud, todo en uno".

"Cuando presionamos sobre la necesidad de hablar inglés, su respuesta fue, bueno, es demasiado costoso, tienes que contratar intérpretes, las reuniones tardan demasiado, y nuevamente, estamos buscando personas con muchos conocimientos y profundamente conectadas. **Y solo eso, ¡esta idea de que nuestros inmigrantes y refugiados no son muy conocedores y no están profundamente vinculados, cuando lo sí lo están!** A menudo son ellos los líderes y las fuerzas que impulsan el cambio y mueven a las comunidades".

"Unirnos y amplificar nuestras voces mutuamente porque, una vez más, tenemos que dejar que la gente sepa qué está pasando y qué está en juego. **No hay una cantidad segura de liderazgo, punto.** ¿Te imaginas si [fueran] todos los estudiantes blancos de orígenes ricos? No estaríamos teniendo esta conversación".

Hallazgo clave n.º 10 | Cuando los miembros de la comunidad **participan en la toma de decisiones** sobre temas que les afectan, pueden mejorar su bienestar de manera directa e indirecta.

Los miembros de la comunidad hablaron sobre cómo trabajar con sus vecinos, expresar sus opiniones y defender sus derechos ante los funcionarios y líderes electos y participar en la toma de decisiones en la escuela, el trabajo y la comunidad ayudaron a su salud física y mental. Cuando las personas más afectadas por un problema ayudan a crear y aplicar soluciones, es más probable que esas soluciones sean equitativas y eficaces.

Los participantes en nuestros grupos de discusión y entrevistas compartieron muchas ideas sobre cómo fortalecer el bienestar y solucionar problemas; algunas de ellas se enumeran a continuación. Para resolver los desafíos de salud de la comunidad y promover la equidad, las personas más afectadas necesitan estar empoderadas y tener una voz real. La participación significativa, la responsabilidad y la transparencia son esenciales para mejorar la salud y el bienestar.

- ★ **Simplificar y aclarar los procesos de solicitud de vivienda** para reducir las barreras de acceso
- ★ Invertir en **educación sobre vivienda** y talleres para inquilinos
- ★ Reformar las **políticas de zonificación** y aumentar el desarrollo de viviendas asequibles y accesibles
- ★ Fortalecer las **alianzas entre las agencias de atención médica y de vivienda** para abordar la vivienda como un determinante social de la salud
- ★ Plantear la inseguridad en la vivienda como un problema sistémico, **no como un fallo individual**
- ★ Ampliar los programas para **ayudar a las personas a utilizar los sistemas de atención médica**, sin importar quiénes sean o qué idioma hablen
- ★ **Integrar los servicios de atención sanitaria** en espacios comunitarios de confianza
- ★ Comunicar y fortalecer la difusión sobre **cómo la planificación de la resiliencia climática se integra en las políticas locales**
- ★ Abordar las **fuentes de contaminación del aire, suelo y agua**, como incineradores de basura, tuberías de plomo y contaminación, depósitos de camiones y autobuses y otras fuentes que afectan a los vecindarios con problemas de justicia ambiental
- ★ Ofrecer **servicios de salud mental adaptados a la ansiedad climática** y a las personas afectadas por desastres ambientales
- ★ Incluir **evaluaciones de salud climática y ambiental** en entornos médicos
- ★ Implementar políticas que brinden **protección contra el calor extremo en interiores** y ayuden a las personas a costear soluciones de enfriamiento
- ★ **Incluir las voces marginadas** desde el inicio de los procesos de toma de decisiones
- ★ Proporcionar servicios efectivos de **interpretación y traducción** en todos los sistemas
- ★ **Aumentar los salarios y vigilar el cumplimiento de las protecciones laborales**, especialmente en las industrias de cuidado de personas y servicios
- ★ Fortalecer los **sistemas de alimentación comunitaria**, como granjas urbanas, huertos comunitarios, centros de alimentos, mercados móviles y talleres de cocina y educación nutricional culturalmente relevantes
- ★ Ampliar el acceso a **servicios asequibles de cuidado infantil y apoyo a los cuidadores**
- ★ Brindar atención y servicios de manera que **afirmen nuestra humanidad compartida**

Prioridades de la acción colaborativa

Durante la última evaluación de bienestar en 2022, CHA y nuestro Consejo Asesor de Salud Comunitaria desarrollaron un conjunto de prioridades para la acción colaborativa. Estas prioridades incluyen cuatro áreas de enfoque y tres principios de equidad. Las áreas de enfoque definen **lo que** abordaremos junto con CHA y las partes interesadas de la comunidad. Los principios de equidad guían **cómo** abordaremos estos asuntos importantes. Las conclusiones de la evaluación de 2025 muestran que estas prioridades siguen siendo pertinentes y requieren una colaboración continua para abordarlas.

Principios de equidad

El "Cómo"



Justicia lingüística



Inclusión de voces menos representadas en el liderazgo y la toma de decisiones



Entornos que promueven la atención y la sanación colectiva

Áreas de interés

El "Qué"



Vivienda

Asequibilidad, estabilidad, seguridad



Economías equitativas

Dinero, empleos, sistemas alimentarios, cuidados



Equidad en el acceso

Atención, servicios e información en todos los sectores



Salud climática y justicia ambiental

Resiliencia del aire, el agua y el clima

En el otoño de 2025, CHA trabajará junto con nuestro Consejo Asesor de Salud Comunitaria para actualizar nuestra Estrategia de Implementación (IS). La IS describirá objetivos y estrategias para abordar estas prioridades de acción colaborativa. Las recomendaciones e ideas compartidas por los miembros de la comunidad durante la evaluación se incorporarán a este plan de acción. Durante los próximos tres años, la IS guiará nuestro trabajo conjunto para fortalecer la salud y el bienestar de la comunidad.

¿Preguntas o comentarios?

Visite la página web de datos e informes de salud comunitaria de Cambridge Health Alliance para obtener más datos, información y recursos: www.challiance.org/communityhealthdata

Agradecimientos

La evaluación del bienestar ha sido profundamente colaborativa, involucrando el tiempo, el compromiso y la experiencia de muchas personas en nuestras comunidades. Cambridge Health Alliance agradece a todos aquellos que participaron en este proceso e hicieron posible sentar las bases para la acción colectiva.

El Equipo de Mejoras de la Salud, parte del Departamento de Salud Comunitaria de CHA, lidera el proceso de Evaluación de Bienestar y Estrategia de Implementación. Nuestro equipo incluye:

Laura McNulty, MPH, MSW
Kathleen O'Brien, MA
Jean Granick, MS
Alexis Sarpong, MPH

Agradecemos a nuestros colegas de CHA, especialmente a nuestra directora comunitaria adjunta, **Roberta Turri Vise**, y al director comunitario, **Doug Kress**, por su dedicado apoyo y colaboración.

Agradecemos a los investigadores comunitarios y a los estudiantes en prácticas que contribuyeron invaluablemente a esta evaluación. Al diseñar conjuntamente la evaluación, organizar grupos de discusión y entrevistas, promover la encuesta, analizar e interpretar datos, crear productos de comunicación e involucrar a los miembros de la comunidad, usted dio vida a la visión de la evaluación. Extendemos nuestro agradecimiento a:

Aparna Anantharaman, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston
Britney Sao, investigadora comunitaria
Erika Decklar, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston
Kerene Joseph, investigadora comunitaria
Luciana de Lacerda, investigadora comunitaria
Monich Long, Harvard College
Nora Brower, Tufts University
Sadye Bobbette, investigadora comunitaria
Sophie Freudenreich, Tufts University

Extendemos nuestra gratitud a los miembros del Consejo Asesor de Salud de la Comunidad. Su orientación, colaboración e ideas sostuvieron la evaluación. Nos sentimos honrados de seguir trabajando juntos.

Reconocemos con gratitud la colaboración de socios institucionales. Estos incluyen el Departamento de Salud Pública de Cambridge; Beth Israel Lahey Health, especialmente el Hospital Mount Auburn; Mass General Brigham, especialmente el Hospital General de Massachusetts; el Consejo de Planificación del Área Metropolitana; la colaboración de salud pública de North Suffolk; y Tuftsmedicine, especialmente el Hospital Melrosewakefield.

Finalmente, agradecemos a cada entrevistado, participante del grupo de discusión y participante de la encuesta. Gracias por confiarnos sus historias. Su conocimiento, experiencias y opiniones no solo conforman este informe, sino que nos llaman a la acción. Estamos comprometidos a administrar sus voces para fortalecer la salud y el bienestar en las comunidades a las que Cambridge Health Alliance se enorgullece de servir.

Anexos

- Anexo A:* Membresía del Consejo Asesor de Salud Comunitario
- Anexo B:* Organizaciones que participan en la recopilación y el análisis de datos primarios
- Anexo C:* Marco de estrategia de evaluación e implementación de bienestar regional de CHA
- Anexo D:* Métodos y herramientas de recopilación de datos
Incluye la **Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA**, las **guías de los grupos de discusión y entrevistas** utilizadas durante la evaluación, el **protocolo completo de recopilación y análisis de datos primarios** y la lista de **fuentes de datos secundarios**.
- Anexo E:* Resultados de la encuesta, grupo de discusión y entrevista
Incluye los resultados completos de la Encuesta sobre el bienestar de la comunidad de CHA, presentados en forma de **Tablas de frecuencia**, y los resultados de los grupos de discusión y las entrevistas, presentados en forma de **Informe de temas cualitativos**.
- Anexo F:* Perfiles e imágenes de datos comunitarios
Incluye **perfiles de datos de la comunidad** para cada una de las ocho comunidades en el área de servicio de CHA, un **libro de datos de bienestar** consolidado y un **paquete de gráficos** que muestra visualizaciones de datos sociales, económicas, ambientales y de salud seleccionadas.
El sitio Mejora de la Salud en el Team Tableau público de CHA ofrece visualizaciones de datos para temas seleccionados adicionales :
<https://bit.ly/CHA-Community-Health-Tableau-Public>
- Anexo G:* Herramientas de presentación y comunicación