

Solidarity Economics



Economía Solidaria

SALUD PÚBLICA EN LA BAHÍA DE MONTEREY

Por Gabriella Alvarez y Chris Benner

Esto es parte de una serie sobre cómo los principios de la Economía Solidaria de mutualidad y movimientos pueden ser aplicados para ayudar a promover el desarrollo económico inclusivo en la región del Área de la Bahía de Monterey. Para más información sobre la Economía Solidaria, ver: <https://transform.ucsc.edu/work/solidarity-economics-projects/>



EL STATU QUO

MUTUALIDAD

MOVIMIENTOS

ACCIONES

EL STATU QUO

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL EN NUESTRA REGIÓN?

Solidarity
Economics 

Economía
Solidaria

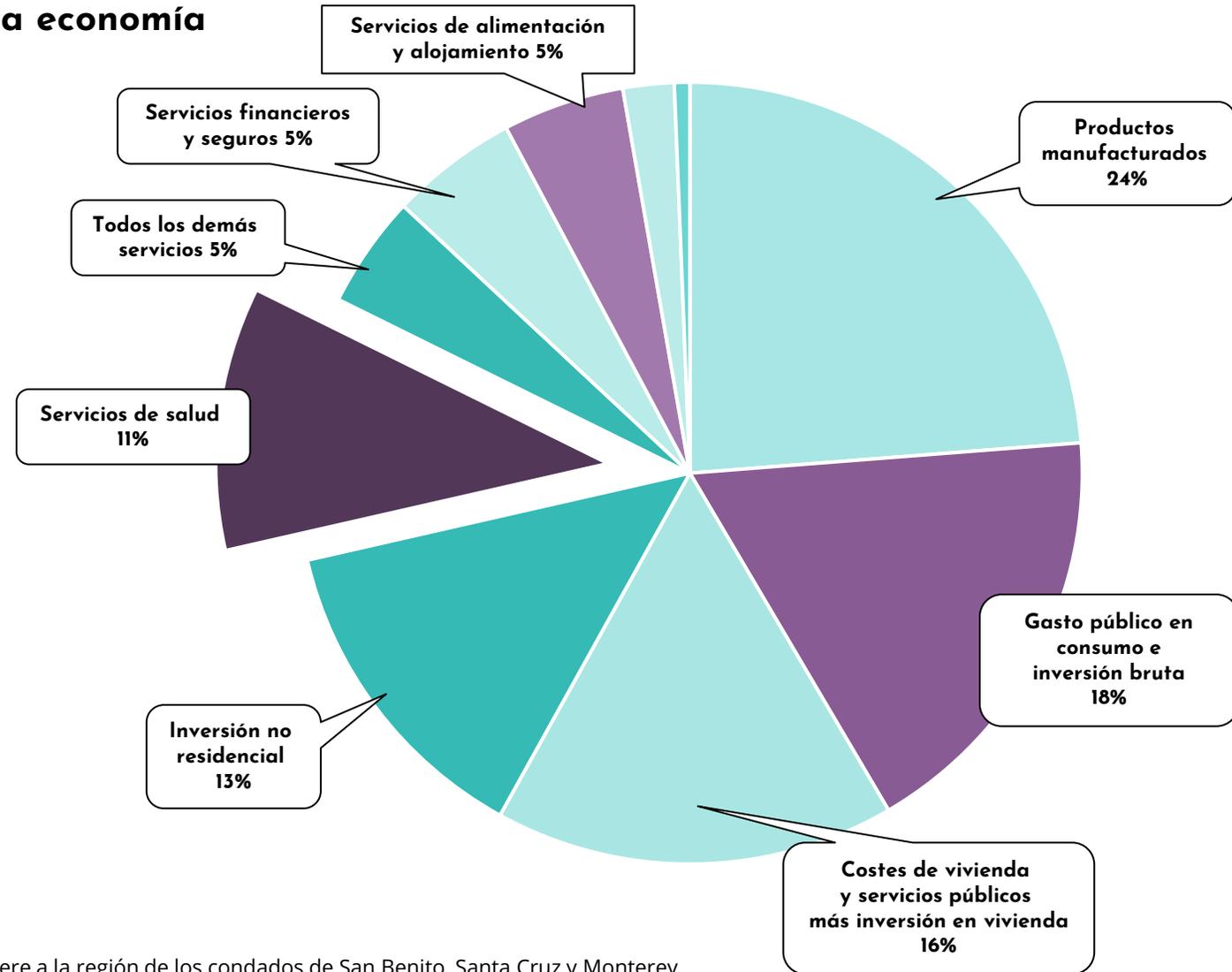
PBI Nacional 2022 (importaciones / exportaciones excluidas)

La salud es un componente fundamental de nuestra economía

El 11% de la producción económica total de los Estados Unidos está asociada al gasto de la salud.

Dar prioridad a la salud pública, y no sólo al tratamiento de enfermedades, no sólo puede conducir a mejores resultados sanitarios, sino también a resultados económicos sustancialmente mejores al:

- Reducir el ausentismo y las horas de trabajo perdidas
- Mejorar la productividad
- Reducir gastos sanitarios innecesarios
- Aumentar la eficiencia y eficacia del gasto sanitario en nuestra economía



La mala salud debilita nuestro bienestar económico

Nuestro sistema sanitario actual se enfoca en el tratamiento de enfermedades, más que en la promoción de la salud, lo que da lugar a resultados sanitarios muy desiguales

A pesar de ser el país que más gasta en sanidad por habitante entre los otros 37 países de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico), los Estados Unidos ocupa un puesto pésimo en cuanto a la calidad de atención sanitaria y el estatus de salud de la población.

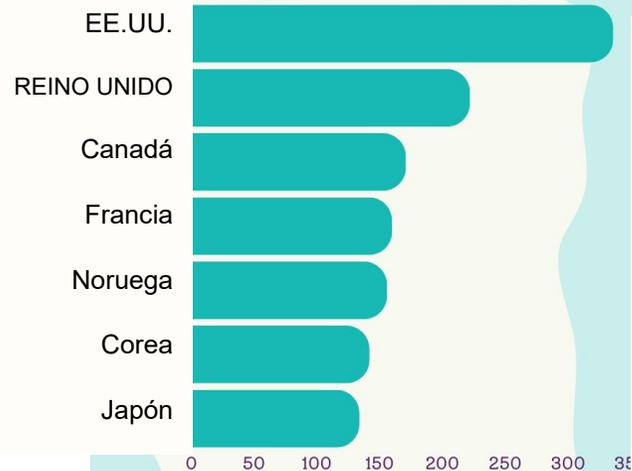
- 33° de los 38 países de la OCDE en expectativa de vida al nacer
- 37° de 38 en proporción de la población con sobrepeso u obesidad
- 34° de 38 en cobertura médica (médicos por cada 1.000 habitantes)

Fuentes de información: OECD, 2021 (4); AMA, 2023



Los Estados Unidos gastan más pero tienen los peores resultados sanitarios de casi todos los países avanzados.

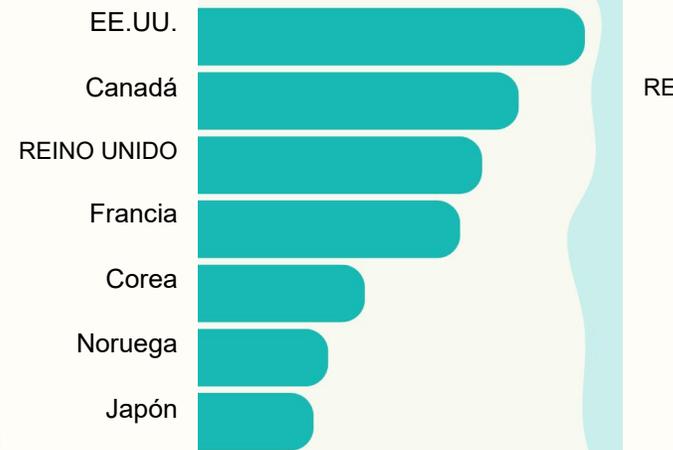
Mortalidad evitable



Muertes por cada 100,000 habitantes debidas a enfermedades prevenibles y curables

OECD 2020

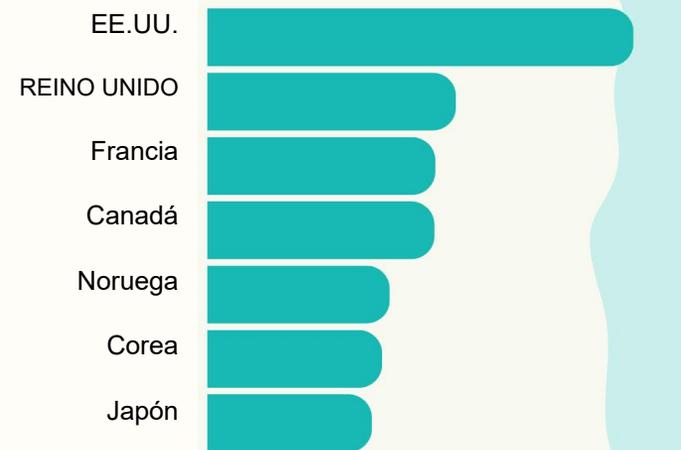
Mortalidad infantil



Muertes por cada 1000 nacidos vivos

OECD 2022

Años potenciales de vida perdidos como resultado de una mala salud



Por cada 100,000 habitantes

OECD 2020

Además, se calcula que nuestro país pierde anualmente un 15% del PIB (Producto Interno Bruto) debido a la mala salud.

Fuente de información: Harvard, 2020

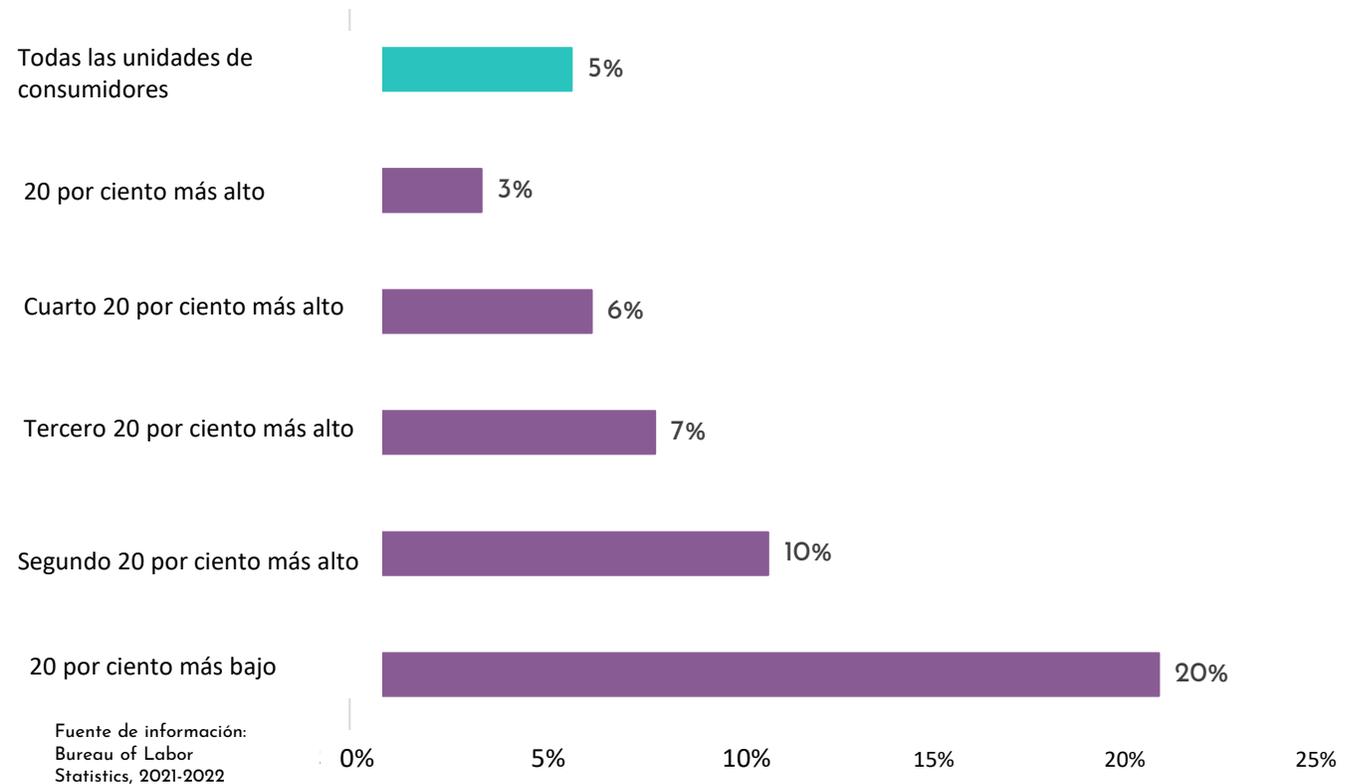
El gasto sanitario ineficaz es una carga para el gobierno federal y los ciudadanos...

El gasto federal en servicios sanitarios representa casi el **30%** del gasto público total.

El residente promedio de California gasta aproximadamente **\$5,154** en necesidades de atención médica por año, la mayoría de los cuales están asociados con gastos personales de atención en hospitales.

En 2022, los hogares californianos del quintil de ingresos más bajos gastaron más del **20%** en atención sanitaria, en comparación con los hogares de ingresos más altos, que sólo gastaron el **3%**.

Proporción de ingresos anuales gastados en Atención Sanitaria en California por quintil de ingresos, 2022



Fuentes de información: Cubanski, 2023; CMMS, 2020; RAND, 2020; BLS, 2022

...Esto produce peores resultados sanitarios y económicos, y refuerza la desigualdad

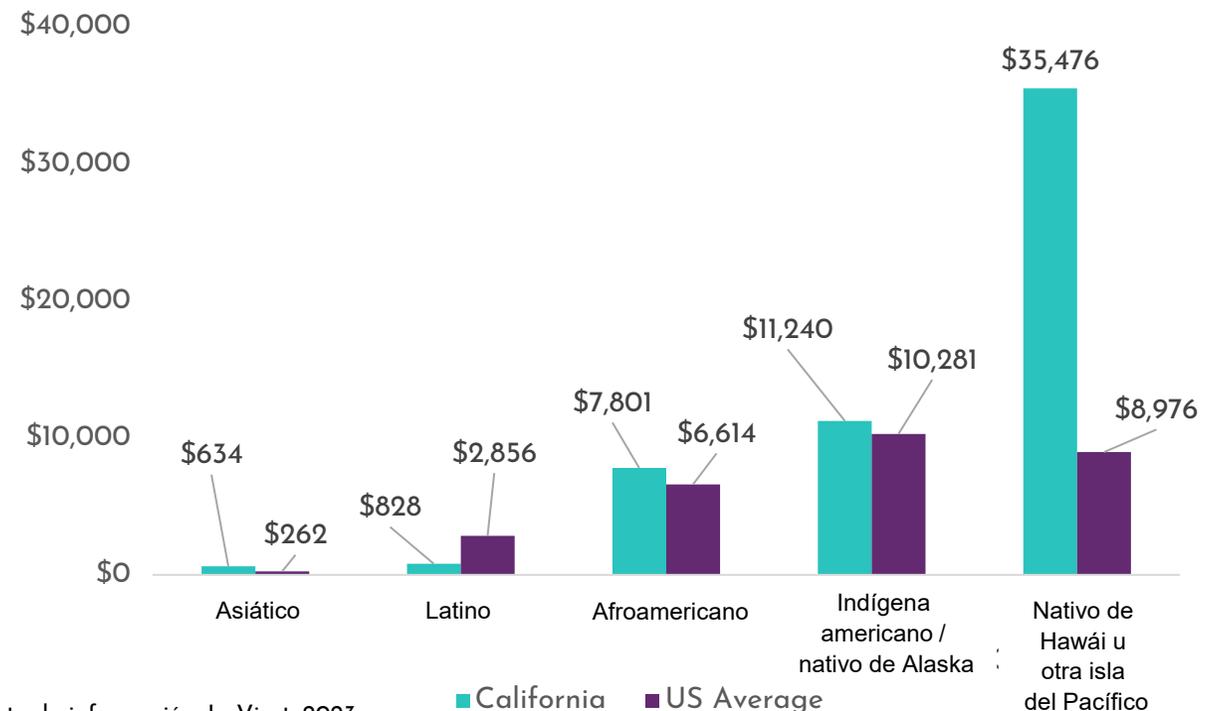
\$320,000 millones de dólares

Es la cifra estimada de pérdidas económicas anuales en EE.UU. a causa de las desigualdades sanitarias

Se proyecta que esta cifra aumente a 1 billón de dólares por año para el 2040

La pérdida económica también se deja sentir de forma desproporcionada, especialmente entre los grupos raciales minoritarios, debido al **exceso de los costes de atención médica, la pérdida de productividad del mercado laboral y las muertes prematuras**

Pérdidas económicas per cápita por raza en desigualdades sanitarias, 2018



Fuente de información: LaViest, 2023

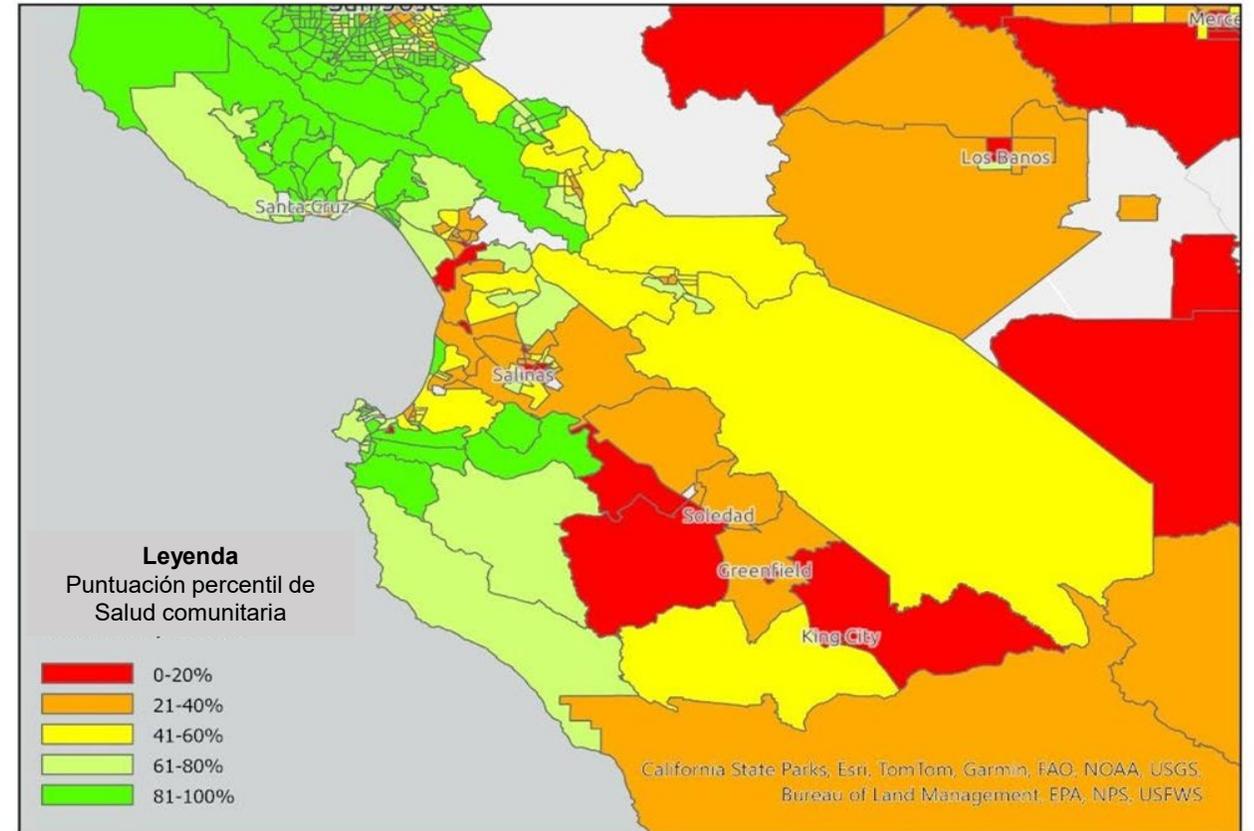
Las desigualdades sanitarias y económicas están estrechamente relacionadas

El Índice 3.0 de Lugares Saludables de California mide una comunidad saludable en múltiples dimensiones, tales como la estabilidad económica, la seguridad social, la salud medioambiental y la accesibilidad a la atención sanitaria.

Según este índice, nuestras comunidades del interior (predominantemente hispanas/latinas) del Área de la Bahía de Monterrey, experimentaron condiciones comunitarias menos saludables en comparación con las comunidades costeras y predominantemente blancas no hispanas.

«La realidad es que persisten graves desigualdades en lo que respecta a la salud y el bienestar de determinadas comunidades, y las más desfavorecidas cargan con la mayor parte de los costes para nuestra región».

- Dario Leon, UC Santa Cruz

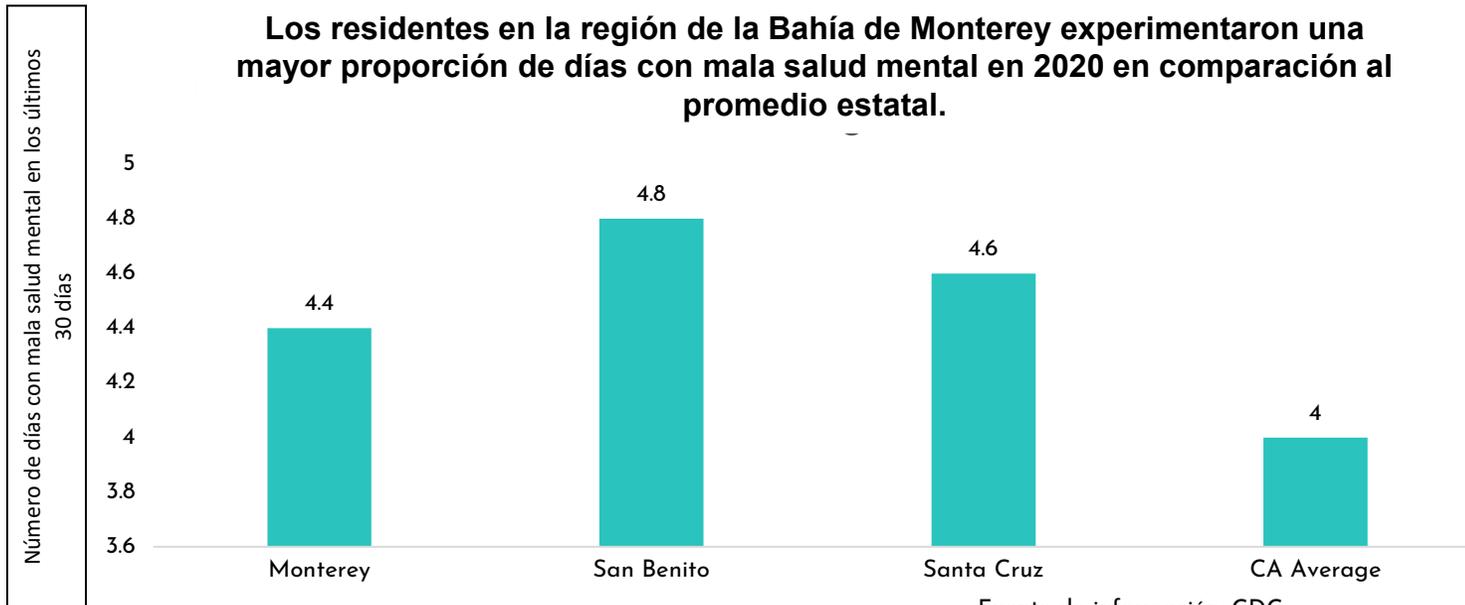


Fuente de información: California Healthy Places Index, 2024

Desigualdades sanitarias: Salud mental

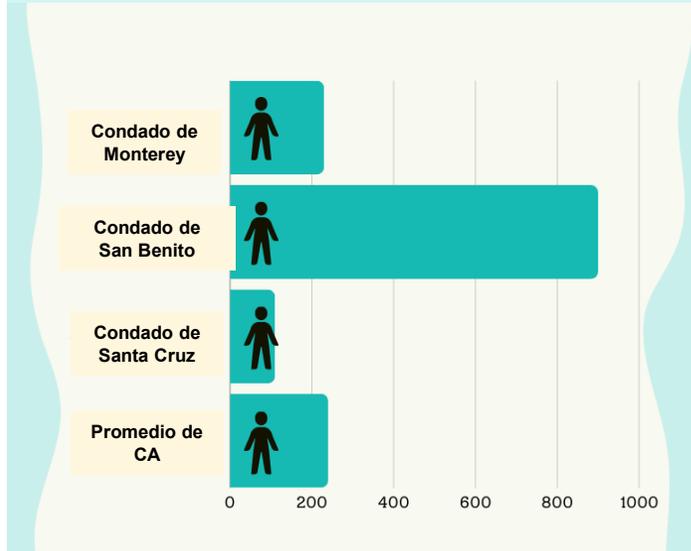
Nuestra salud mental tiene un enorme impacto en nuestra capacidad para desenvolvernos en actividades cotidianas. Desgraciadamente, nuestra población local sufre de tasas más altas de mala salud mental que el promedio estatal.

También existe una clara desigualdad en el acceso a la atención de salud mental para quienes viven en zonas más rurales.



Fuente de información: CDC

Residentes por proveedor de salud mental, 2022



Los residentes del Condado de San Benito tienen acceso a 1 proveedor de salud mental por cada 900 habitantes

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, 2022

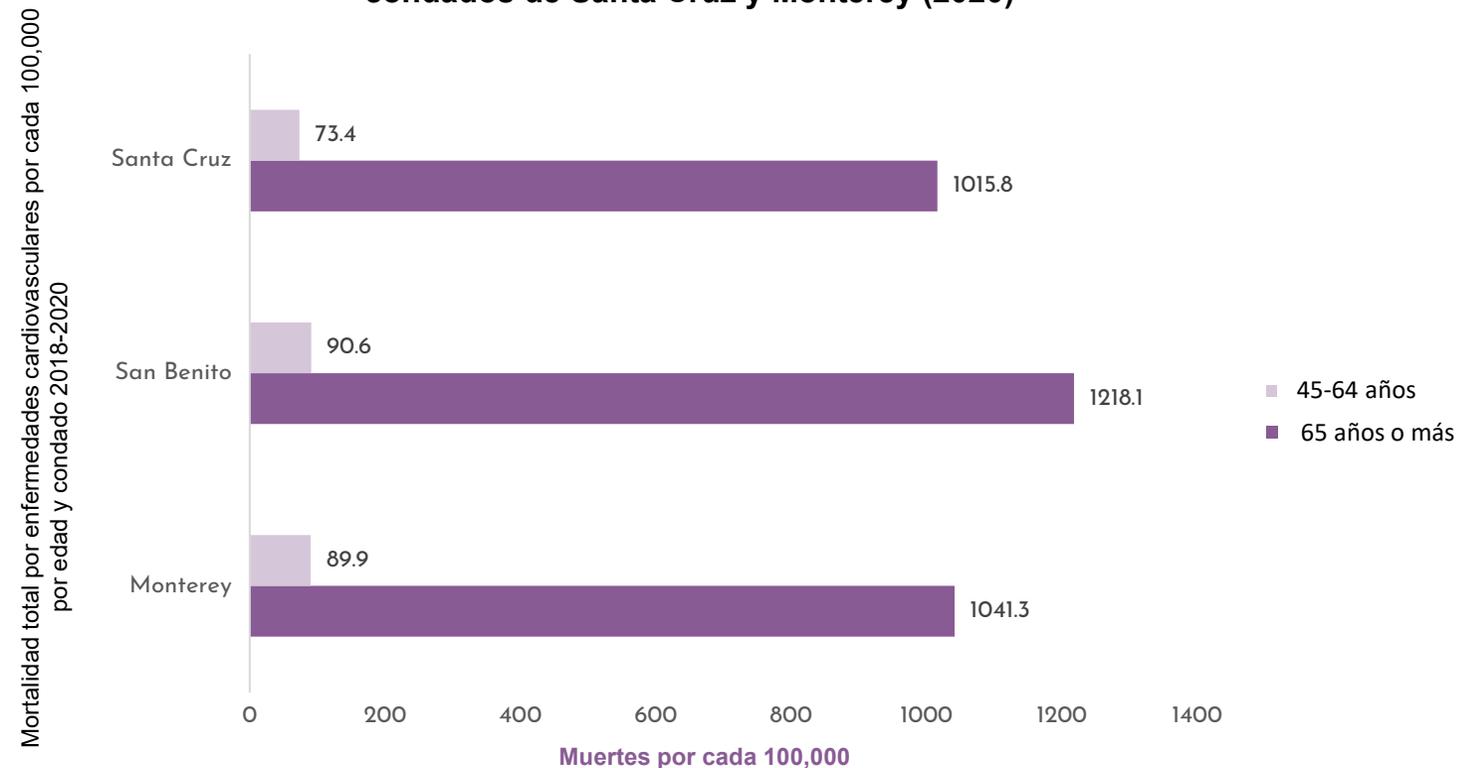


Desigualdades sanitarias: Enfermedades crónicas

El control de enfermedades crónicas como la diabetes, cardiopatías o hipertensión requieren de una atención minuciosa y constante a nuestra propia salud. La gente que padece altos índices de enfermedades crónicas es **menos productiva y requiere mayor uso de la atención sanitaria** que las personas más sanas.

Los residentes del Condado de San Benito experimentan **tasas más elevadas de mortalidad** asociada a enfermedades cardiovasculares que residentes de los condados vecinos de Monterey y Santa Cruz. Esto puede atribuirse a la falta de acceso a los centros de salud en el condado más rural, lo cual dificulta que las personas controlen eficazmente las enfermedades crónicas.

La mortalidad relacionada con las enfermedades cardiovasculares (ECV) es mayor en el Condado de San Benito en comparación a los condados de Santa Cruz y Monterey (2020)

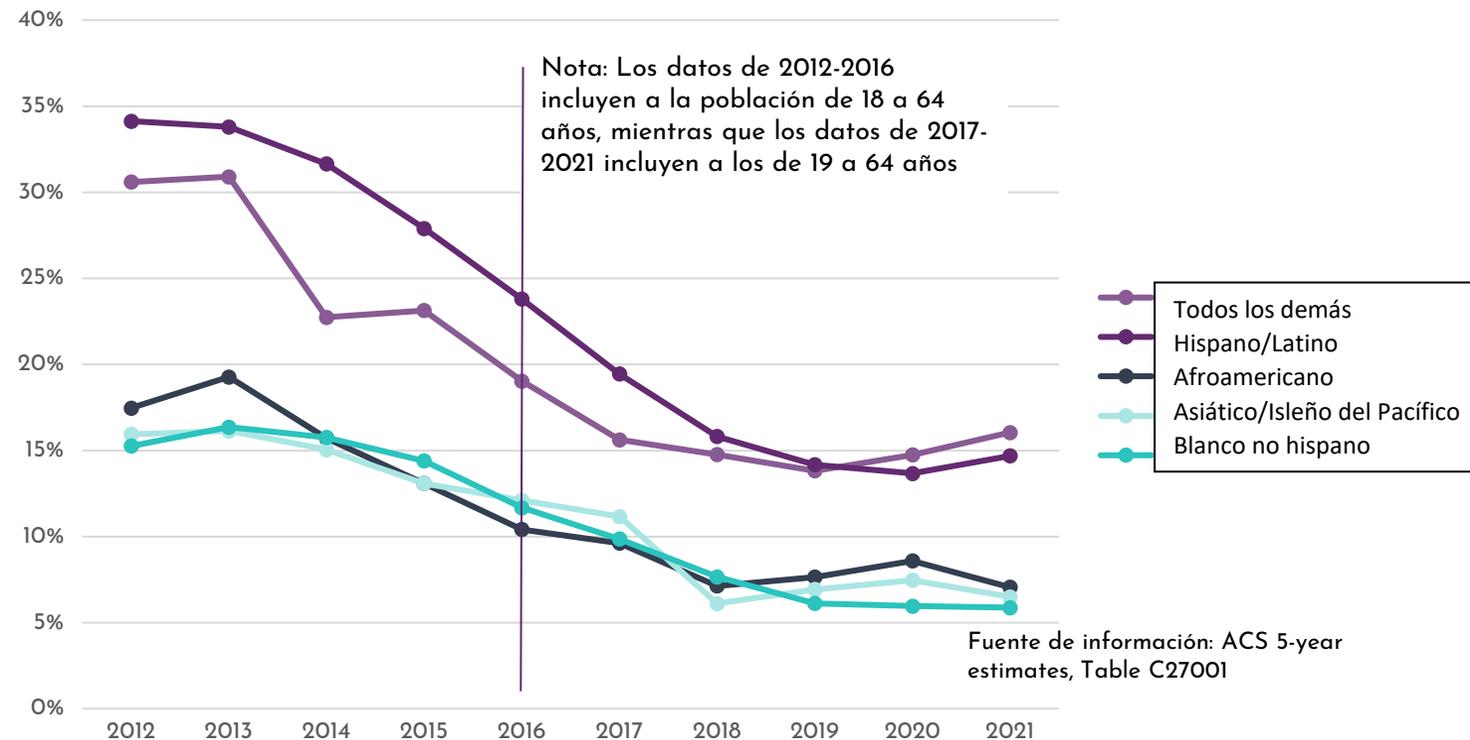


Desigualdades sanitarias: Acceso a los servicios sanitarios

Casi el 10% de los residentes del Área de la Bahía de Monterey no tienen seguro médico, lo cual es superior al cada vez más bajo promedio estatal. En 2021, el **14.7%** de los latinos vivían sin seguro médico en comparación con el **5.9%** de los blancos no hispanos de la región.

Para los aproximadamente 82,855 residentes indocumentados que viven en nuestra región, los programas de Medi-Cal sólo ofrecen cobertura a menores de 26 años y a los mayores de 50, lo que provoca una importante carencia de asistencia sanitaria para los residentes indocumentados de edades comprendidas entre los 27 y los 49 años.

Población de los tres condados sin cobertura médica por raza, 2012-2021



Desigualdades sanitarias: Acceso a los servicios sanitarios

Varios centros sanitarios de nuestra región están bajo amenaza, y su pérdida podría agravar las desigualdades sanitarias.

El Hospital Hazel Hawkins Memorial es el único centro médico de urgencias del condado de San Benito y atiende a más de 23,000 pacientes de urgencias cada año. A pesar de la alta utilización de los servicios de emergencia, el hospital declaró una "emergencia financiera" en 2022 y la comunidad ha estado en una incertidumbre sobre si la instalación será viable o no en un futuro próximo.

El Hospital Comunitario de Watsonville se declaró en quiebra en 2021 y estuvo a punto de cerrar como consecuencia de una supuesta mala administración. Afortunadamente, gracias al trabajo de organizaciones locales como el Proyecto Pájaro Valley Healthcare District y a la adquisición de una subvención por parte del senador John Laird, el hospital ha podido permanecer abierto.



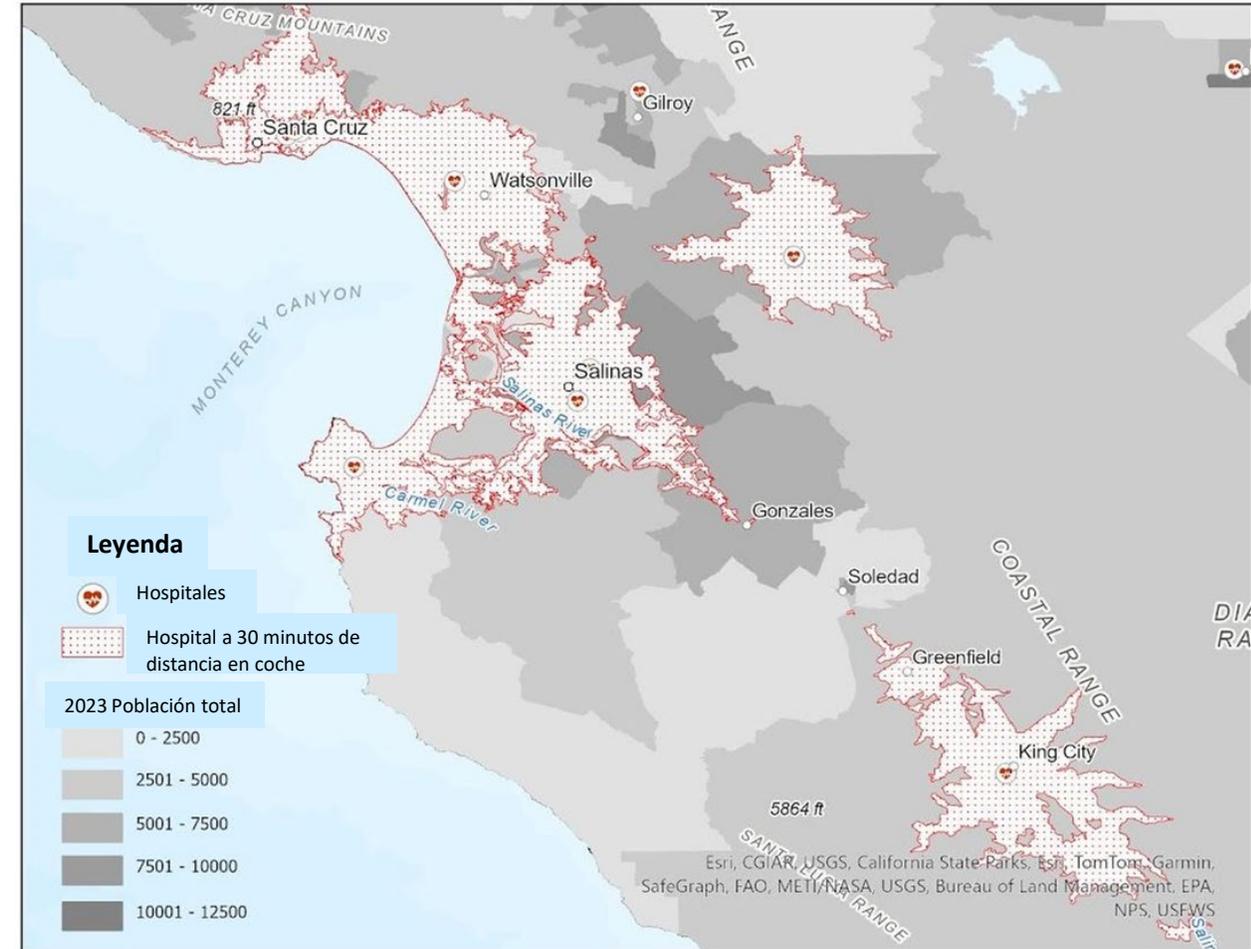
Desigualdades sanitarias: Acceso a los servicios sanitarios

La pérdida de nuestros hospitales regionales en riesgo **pondría en peligro a decenas de miles de residentes.**

Este mapa muestra la proximidad a nuestros hospitales regionales en un recorrido de 30 minutos en coche. Incluso con nuestra infraestructura actual, existe una importante brecha de cobertura para quienes viven en Soledad y en las afueras de Gonzales. Sin el hospital Hazel Hawkins, la totalidad de la población del condado de San Benito no dispondría de un hospital a menos de 30 minutos, dejándoles en una situación vulnerable en casos de emergencia sanitaria.

“Hace poco mi madre vino a visitarme desde Pakistán y su viaje se vio interrumpido porque se le acabaron los medicamentos que había traído. La espera para una visita al médico habría sido simplemente demasiado larga y sus medicinas habrían costado unos \$1,000 dólares, así que mi madre decidió simplemente volver a casa y comprar de nuevo sus medicinas en su propio país.”

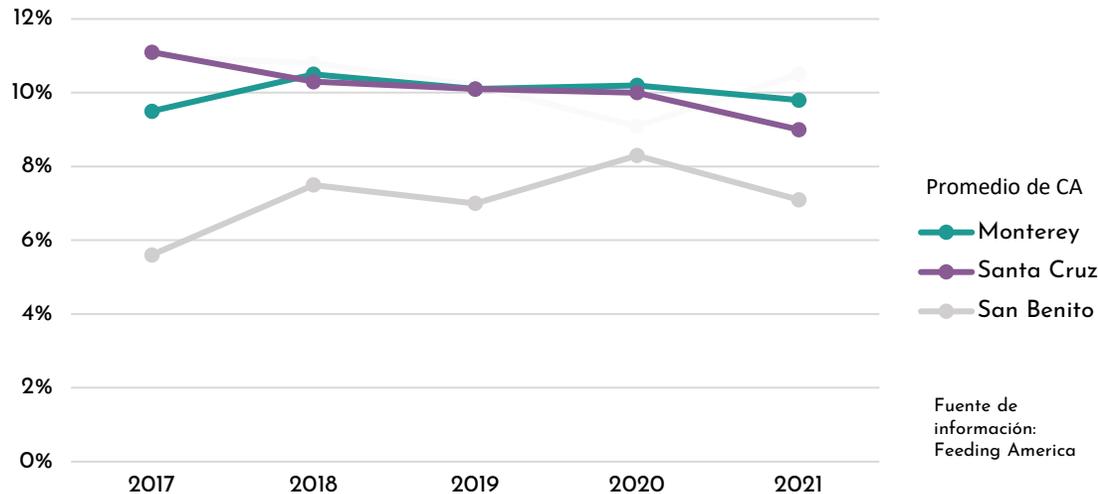
- Mahnoor Abbasi, residente del Condado de Monterey



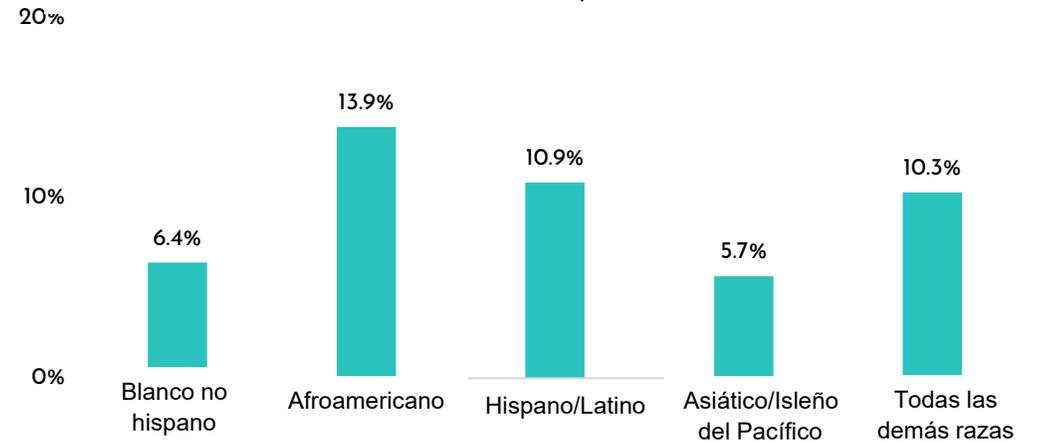
Desigualdades sanitarias: Inseguridad alimentaria

La población rural del sur del Condado de Monterey tiene más probabilidades de vivir lejos de supermercados y otras fuentes de alimentos frescos, lo cual les hace susceptibles a mayores tasas de inseguridad alimentaria que los condados vecinos. De hecho, los hogares del Condado de Monterey gastan en promedio más del **13%** de sus ingresos mensuales sólo en gastos de alimentación, y el **10%** de los hogares tienen seguridad alimentaria.

Proporción de hogares con inseguridad alimentaria por condado 2017-2021



Obtención de cupones para alimentos/SNAP en los últimos 12 meses por raza del cabeza de familia en la región de los tres condados, 2021



Fuente de información: ACS 5-year estimates, Table B22005

Aunque se dispone de asistencia, la utilización sigue siendo desigual. Los residentes afroamericanos y latinos utilizan los programas de asistencia alimentaria **casi el doble** que sus vecinos no Afroamericanos, indígenas y personas de color.

Fuentes de información: Economic Policy Institute, 2021; United Way 2023

Nuestros pésimos resultados sanitarios no son un accidente, sino el resultado de décadas de insuficiente inversión y prioridades distorsionadas. .

La historia

La sanidad pública federal en Estados Unidos surgió a finales del siglo XVIII como respuesta a la rápida industrialización del noreste. La visión predominante de la sanidad pública inicial coincidía con las ideologías fundacionales de **una menor intervención gubernamental y de las libertades individuales**. Por lo tanto, se esperaba que el gobierno no aportara soluciones a los problemas de salud colectivos a menos que fueran especialmente graves, y que cada individuo fuera responsable de su propio bienestar.



¿Por qué no gastamos más en salud pública?



SEGUNDA CARTA DE DERECHOS

TODO ESTADOUNIDENSE TIENE DERECHO A:

1. UN EMPLEO
2. UN SALARIO ADECUADO Y UNA VIDA DIGNA
3. UN HOGAR DIGNO
4. ATENCIÓN MÉDICA
5. ROTECCIÓN ECONÓMICA EN CASO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE, VEJEZ O DESEMPLEO
6. UNA BUENA EDUCACIÓN



Originalmente, el presidente Franklin D. Roosevelt quería incluir el seguro sanitario universal como derecho básico, pero finalmente decidió no incluirlo en el proyecto de ley de Seguridad Social de 1935. Se cree que en la decisión de Roosevelt influyó la fuerte oposición de la Asociación Americana de Medicina, que amenazó con hundir todo el proyecto de ley si se incluía la asistencia sanitaria universal. En su lugar, se desarrolló el mercado privado de seguros médicos para ofrecer el sistema de asistencia sanitaria de pago con el que estamos familiarizados.

El sistema de seguro médico individualizado se reforzó en 1942, cuando una nueva legislación como resultado de los esfuerzos de mediación contra la inflación de la Segunda Guerra Mundial redujo la capacidad de los empresarios para aumentar los salarios. En consecuencia, algunos empleadores optaron por reforzar los paquetes de prestaciones que incluían la provisión de cobertura de seguro médico patrocinado por el empleador.

Esto también genera desigualdades entre los que pueden acceder a empleos con prestaciones sanitarias y los que no.

Fuente de información: Blumenthal, 2006

¿Por qué gastamos tan poco en salud pública?

El enfoque individualista de la atención sanitaria en nuestro país sigue impulsando el mercado de los seguros privados. Quienes se oponen a la ampliación de las medidas de salud pública argumentan que los programas federales de asistencia sanitaria, como la Seguridad Social y Medicaid/Medicare, deberían bastar para cubrir las carencias sanitarias de los más empobrecidos. Como resultado, el gobierno federal ha asumido menos responsabilidades en la prestación de asistencia sanitaria universal, además de otros programas que pueden complementar la salud de la población en general.

Por lo tanto, cuando surgen grandes crisis de salud pública, como la pandemia de COVID-19, nuestro débil sistema de salud pública es lento para responder, dejando a la población en **mayor riesgo** que los países que tienen sistemas de salud pública mejor financiados y mejor coordinados.



EL STATU QUO

MUTUALIDAD

MOVIMIENTOS

ACCIONES

MUTUALIDAD

¿CÓMO ESTÁ CONECTADA NUESTRA REGIÓN?

**Solidarity
Economics** 
**Economía
Solidaria**

¿Por qué no gastamos más en prevención sanitaria?



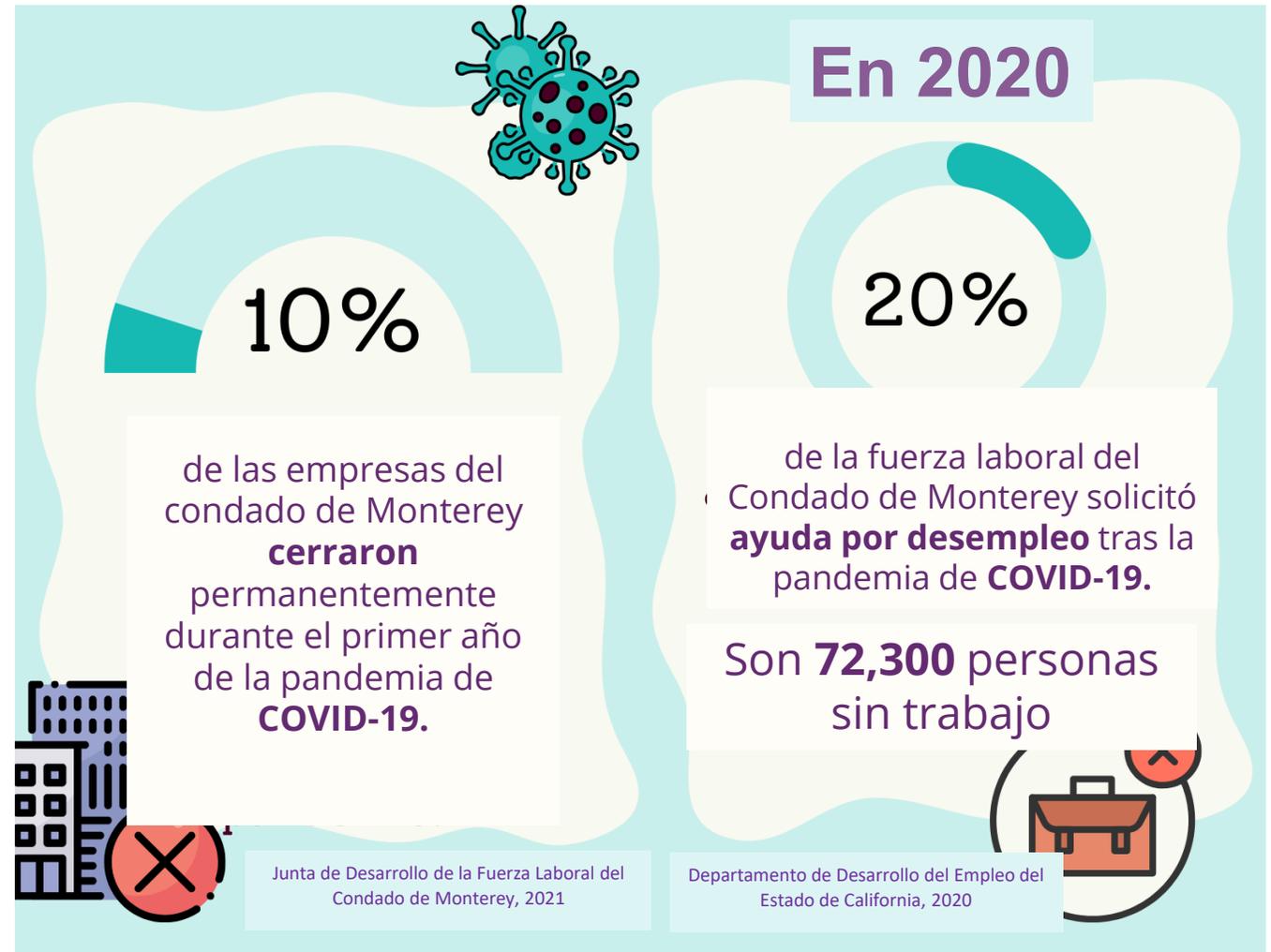
La atención sanitaria preventiva, como las revisiones periódicas, el acceso a alimentos frescos y nutritivos, y las pruebas rutinarias de detección de enfermedades crónicas, se consideran un lujo y no un derecho garantizado por nuestro gobierno. Por ello, estas medidas preventivas se dejan a la elección de los consumidores y se dejan en manos del mercado privado, lo que hace que la atención preventiva sea costosa y esté desigualmente distribuida. Sin embargo, considerar que la atención preventiva es cara y asumir que la atención intensiva es sólo para "emergencias", hace que las **poblaciones poco saludables** acaben gastando más en consultas repetitivas de atención intensiva y en última instancia, más en atención sanitaria.

Nuestro sistema de salud pública y nuestra economía son interdependientes

La pandemia de COVID-19 demostró hasta qué punto dependemos todos de una fuerza laboral esencial y sana para la estabilidad económica. Sin embargo, los efectos de la pandemia afectaron de manera desproporcionada a las poblaciones de bajos ingresos, rurales y minoritarias.

En 2020, casi **la mitad de los trabajadores agrícolas del Condado de Monterey** declararon pérdidas de ingresos debido a la disminución del tiempo de trabajo durante la pandemia. Los residentes hispanos/latinos del condado, que constituyen la mayor proporción de trabajadores en la industria de hostelería, también sufrieron la peor parte de los despidos relacionados con el COVID-19. .

En 2023, los latinos representaron la mayor proporción (**más del 48%**) de las muertes relacionadas con el COVID-19 para la población de 50 a 79 años en California, a pesar de constituir menos de un tercio de la población general para ese mismo grupo de edad.



Fuentes de información: ACS, 2021; CDPH, 2023

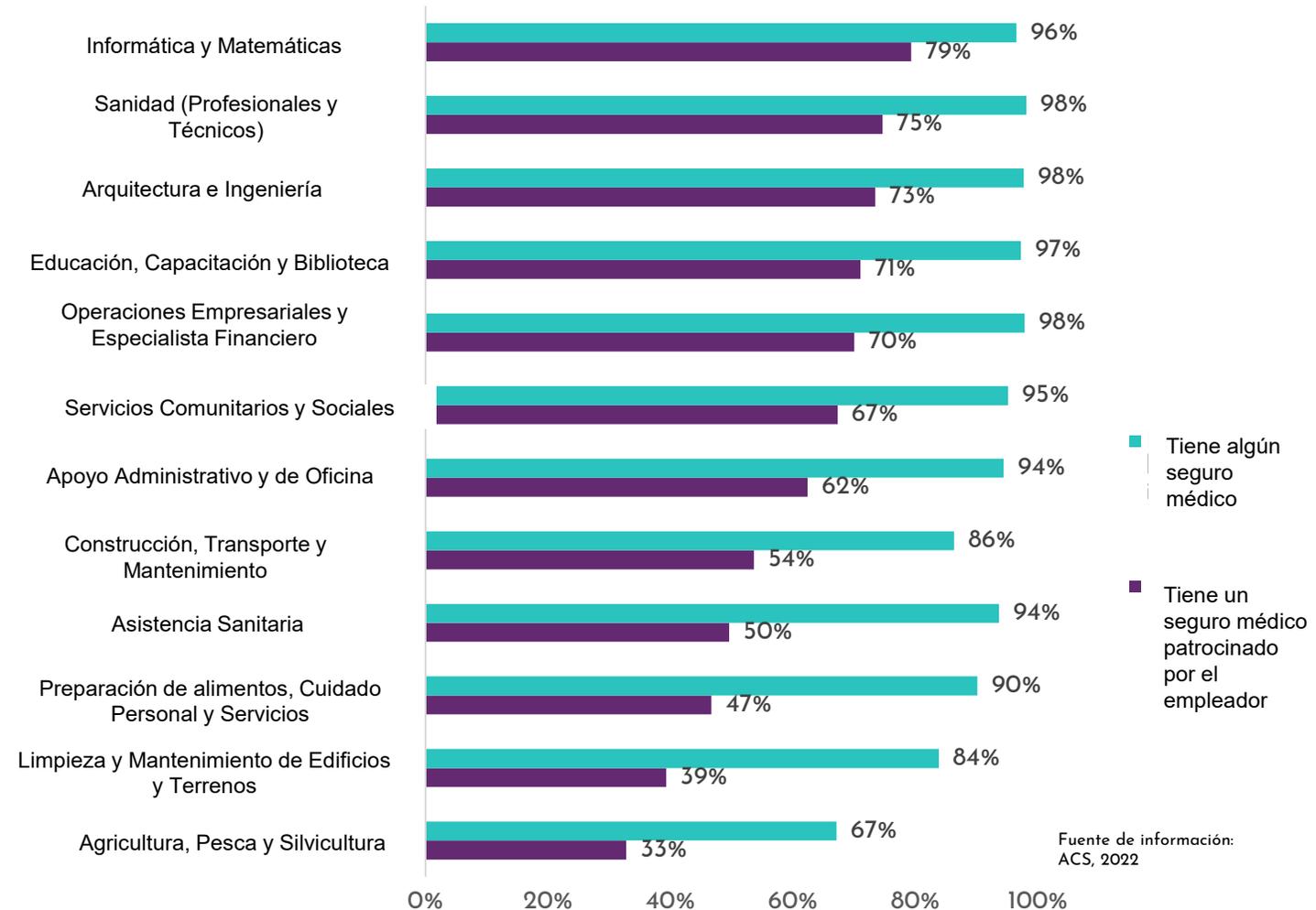
El trabajo y la salud están estrechamente relacionados

Los trabajos relacionados con la construcción, los servicios alimentarios y la agricultura son desempeñados principalmente por residentes hispano-latinos, específicamente por trabajadores agrícolas indocumentados, y presentan tasas más elevadas de lesiones en el lugar de trabajo en comparación con otras ocupaciones profesionales. Estas mismas industrias exponen a los trabajadores a la contaminación ambiental a través de pesticidas, fertilizantes y emisiones de gases de maquinaria. Trabajadores agrícolas en el Valle de Salinas han reportado resultados perjudiciales para la salud relacionados con la exposición repetida a pesticidas. Esto incluye impactos negativos en la salud de los hijos de trabajadoras embarazadas, tales como **asma infantil, retrasos cognitivos y bajo peso al nacer**.

Los empleos mal pagados en nuestra región a menudo no ofrecen prestaciones sanitarias, lo que genera una desigualdad en el acceso a la atención sanitaria. En concreto, en 2022, los empleos relacionados con el mantenimiento de instalaciones y la agricultura ocuparon los lugares más bajos en la provisión de seguro médico patrocinado por el empleador en nuestra región.

Fuentes de información: ACS, 2022; Kezios et al, 2023

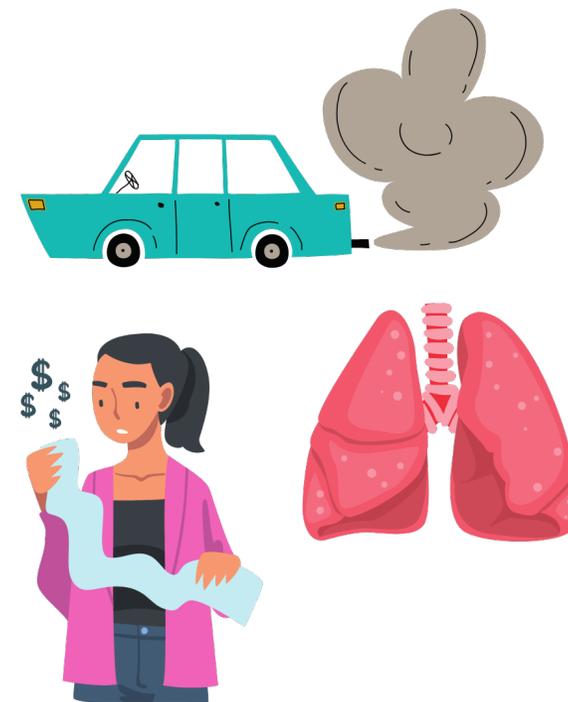
Cobertura de seguro médico por ocupación para trabajadores mayores de 16 años de los tres condados, 2022



La forma en que está organizada nuestra economía también contribuye a una peor salud

Las desigualdades económicas impactan la salud de los residentes con bajos ingresos de formas innumerables:

- Las viviendas inaccesibles e inasequibles exponen a las familias a los **peligros medioambientales** asociados a condiciones de vivienda de peor calidad y **contribuyen a elevar los desplazamientos diarios al trabajo.**
- Los excesivos desplazamientos al trabajo dentro y fuera de la región contribuyen a **empeorar la calidad del aire y la salud de los viajeros.**
- Esta mala calidad del aire impacta a todos los residentes a través de **mayores tasas de afecciones respiratorias y cardiovasculares.**
- Los altos niveles de pobreza contribuyen a la inseguridad alimentaria y al **aumento de las tasas de malnutrición.**
- Por otra parte, vivir en un desierto alimentario (a más de una milla de un supermercado) deja a las familias sin opciones de alimentos frescos y contribuye **a un mayor riesgo de obesidad.**



Fuentes de información: NRDC, 2021; UCB CERCH, 2021; Lopez-Espinosa et al, 2011

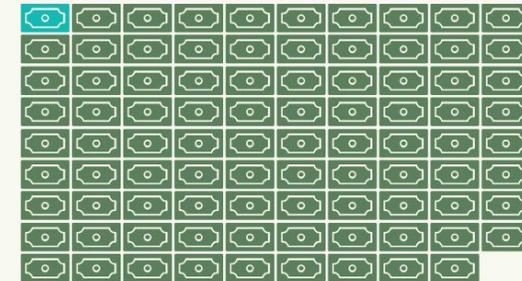
Cuando invertimos en equidad sanitaria, mejora tanto nuestra salud como nuestra economía

Invertir en el sistema de salud pública puede favorecer el progreso económico. Un estudio de los departamentos de salud pública de los condados de California, reveló que cada dólar invertido en operaciones de salud pública durante un periodo de 8 años, produjo un retorno de la inversión de entre \$67.07 y \$88.21 dólares. El rendimiento de la inversión se calculó basándose en los beneficios económicos derivados de la disminución de la mortalidad y la mejora del estado sanitario.

“La salud pública es una excelente oportunidad de inversión y es probable que se produzcan grandes mejoras sanitarias si se realizan estas inversiones.”

– Brown, 2016

Por cada dólar
invertido en salud
pública,



los gobiernos de los
condados ahorran \$88.



Academy Health, 2018

EL STATU QUO

MUTUALIDAD

MOVIMIENTOS

ACCIONES

MOVIMIENTOS

¿QUIÉN ESTÁ ACTUALMENTE LUCHANDO POR TRAER PROSPERIDAD MÚTUA A NUESTRA REGIÓN?

Solidarity
Economics 

Economía
Solidaria

Cambiando el statu quo

Después de identificar cómo podemos mejorar nuestra prosperidad mutua a través de un sistema de salud pública amplificado, podemos entonces proponernos cambiar el poder apoyando a las organizaciones regionales que ya están trabajando para cambiar el statu quo.

Cambiar el statu quo exigirá un cambio en quién tiene el poder en las políticas de nuestro sistema de salud y en los procesos para la toma de decisiones. Necesitamos una mayor inversión de fondos y más colaboración para fortalecer nuestra labor regional en materia de salud pública y convertirla en un movimiento. Estas son las principales filosofías compartidas por nuestros agentes de cambio regionales:

- Establecer conexiones sólidas entre los distintos grupos de interés (urbanistas, gobierno municipal, grupos de vecindades, juntas escolares, etc.)
- Reconocer las dimensiones raciales de la salud
- Abogar por un mayor acceso a la atención sanitaria y a instalaciones médicas, y por una mayor inversión en la salud pública
- Movilizar a miembros de la comunidad para generar confianza entre pacientes y proveedores

Cambiando el statu quo

Un ejemplo de un poderoso esfuerzo para apoyar la mejora de la salud en nuestra región es el Proyecto VIDA (Distribución Integrada de Ayuda contra el Virus). En respuesta al desenfundado impacto de la pandemia de COVID-19, la Fundación Comunitaria del Condado de Monterey, en asociación con más de 10 organizaciones locales, contrató y capacitó a más de 100 trabajadores comunitarios de la salud para abogar por medidas de protección contra el COVID-19 en todo el condado. El programa cubrió varias carencias de atención y apoyo comunitario más allá de simplemente atender las necesidades médicas de los necesitados. Los trabajadores sanitarios de la comunidad pusieron en contacto a trabajadores inmigrantes o de bajos ingresos con vacunaciones y pruebas de COVID-19, además de ayudarles a solicitar indemnizaciones por pérdida de salario o ayudas para la vivienda.

Este enfoque sólido y dirigido por la comunidad para los servicios de salud pública sirve como un excelente modelo de cómo otros organizadores comunitarios pueden colaborar para apoyar los esfuerzos para ampliar y mejorar la salud de nuestra población regional.



Fuente de información: CFMC, 2024

Cambiando el statu quo

¿Quién está actualmente cambiando el statu quo?

Colaborativa de Necesidades Sanitarias del Condado de Monterey / Monterey County Health Needs Collaborative ([link](#))

- Grupo de hospitales y centros de salud regionales dedicados a mejorar la salud de la comunidad del condado de Monterey

Centro para Defensa de la Comunidad / Center for Community Advocacy, CCA

- Sede del Programa Familias Fuertes para prevenir la violencia doméstica y comportamientos abusivos en el seno de las unidades familiares ([link](#))
- Gestiona el Programa de Promotoras para mejorar la salud de los trabajadores agrícolas locales ([link](#))

Mujeres en Acción ([link](#))

- Miembros activos y partidarios del Proyecto VIDA durante la pandemia de COVID-19
- También proporcionaron servicios sanitarios móviles para pruebas de COVID-19 y vacunaciones a través de su programa Clínica Móvil en Furgoneta

Creando Comunidades Saludables / Building Healthy Communities, (BHC) ([link](#))

- Trabajando para aumentar la inscripción en Medi-Cal en toda la región
- Apoya el continuo trabajo del Proyecto VIDA a través de la capacitación de trabajadores comunitarios de la salud

CHISPA

- Colabora con el banco de alimentos del Condado de Monterey para conectar a los residentes con programas de ayuda contra el hambre ([link](#))
- Ofrece oportunidades de vivienda y albergue

Departamento de Salud del Condado de Monterey "Salud en todas las políticas" / Monterey County Health Department "Health in All Policies" ([link](#))

- Esfuerzo colaborativo para mejorar la salud de la población dando prioridad a la toma de decisiones informadas sobre la salud en todos los sectores y áreas de política

EL STATU QUO

MUTUALIDAD

MOVIMIENTOS

ACCIONES

ACCIONES

¿QUÉ MEDIDAS CLAVE DEBEMOS TOMAR PARA GARANTIZAR UN FUTURO MÁS PRÓSPERO??

Solidarity
Economics 

Economía
Solidaria

SOLUCIONES

NORTH STAR / ESTRELLA DEL NORTE

Promoviendo comunidades sanas y buena salud para todos. Para lograrlo será necesario un nuevo enfoque para promover la salud, en lugar de limitarse solo a combatir las enfermedades.

Garantizar el acceso universal a seguros médicos y servicios sanitarios

Pasos a seguir:

Abordar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios sanitarios, especialmente para comunidades marginadas

Apoyar vecindarios y comunidades saludables

Pasos a seguir:

Modificar aspectos de nuestro entorno natural y urbano para promover la salud de los residentes locales

Abordar los factores sociales y económicos de la salud

Pasos a seguir:

Cambiar nuestros sistemas financieros y sociales necesarios para mejorar la salud de los residentes locales



Soluciones: Crear seguros y servicios sanitarios sólidos

Nuestro sistema sanitario regional debe garantizar*:

Accesibilidad

Acceso económico y físico no discriminatorio para todos mediante la ampliación de la cobertura sanitaria

Disponibilidad

Servicios sanitarios que funcionen en toda nuestra región, especialmente en las zonas más rurales.

Aceptabilidad

Servicios sanitarios culturalmente apropiados, sensibles a la edad, idioma y ubicación.

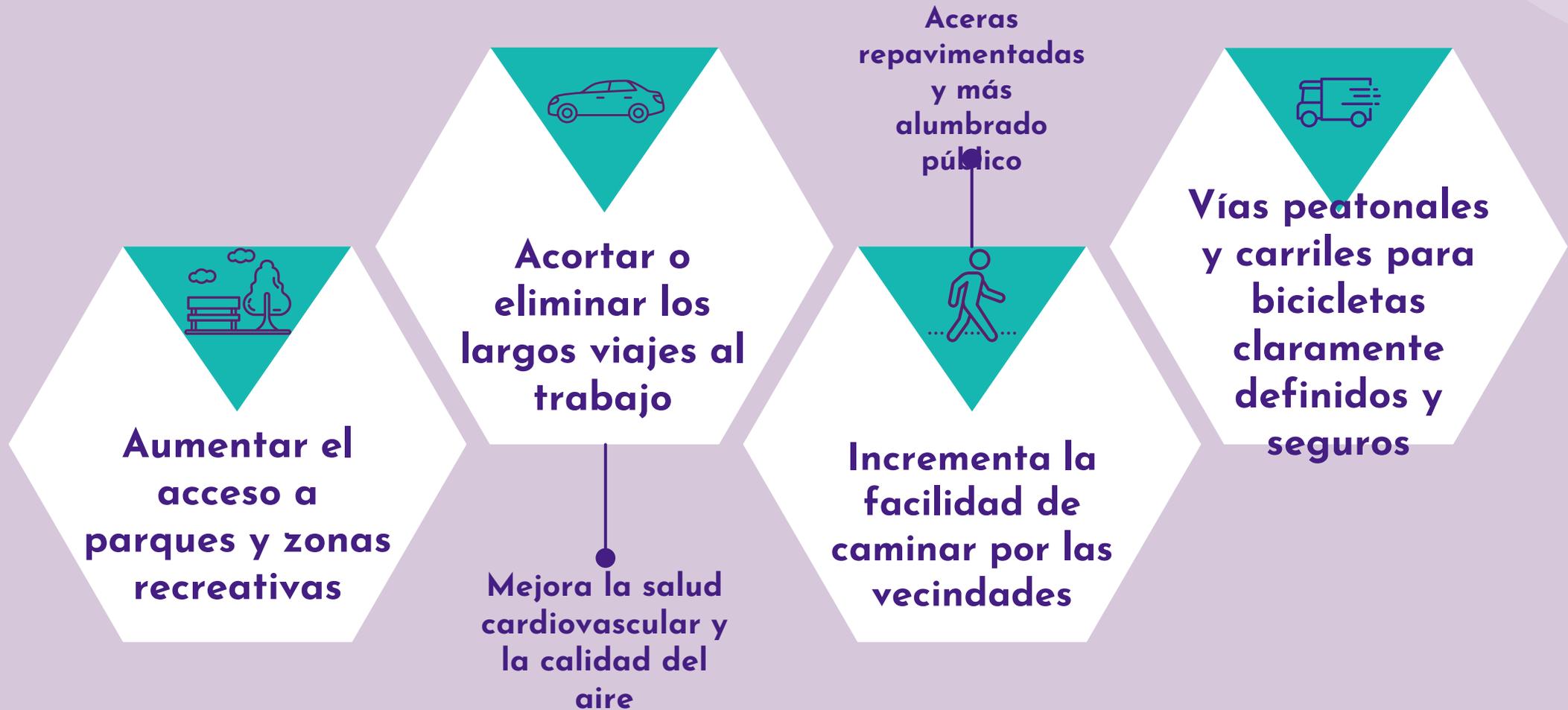
Calidad

Los servicios cumplen las normas de atención sanitaria adecuadas desde el punto de vista médico, así como un enfoque holístico del bienestar personal.

*Estos principios se basan en el **Derecho al Más Alto Nivel de Salud** descrito en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966).

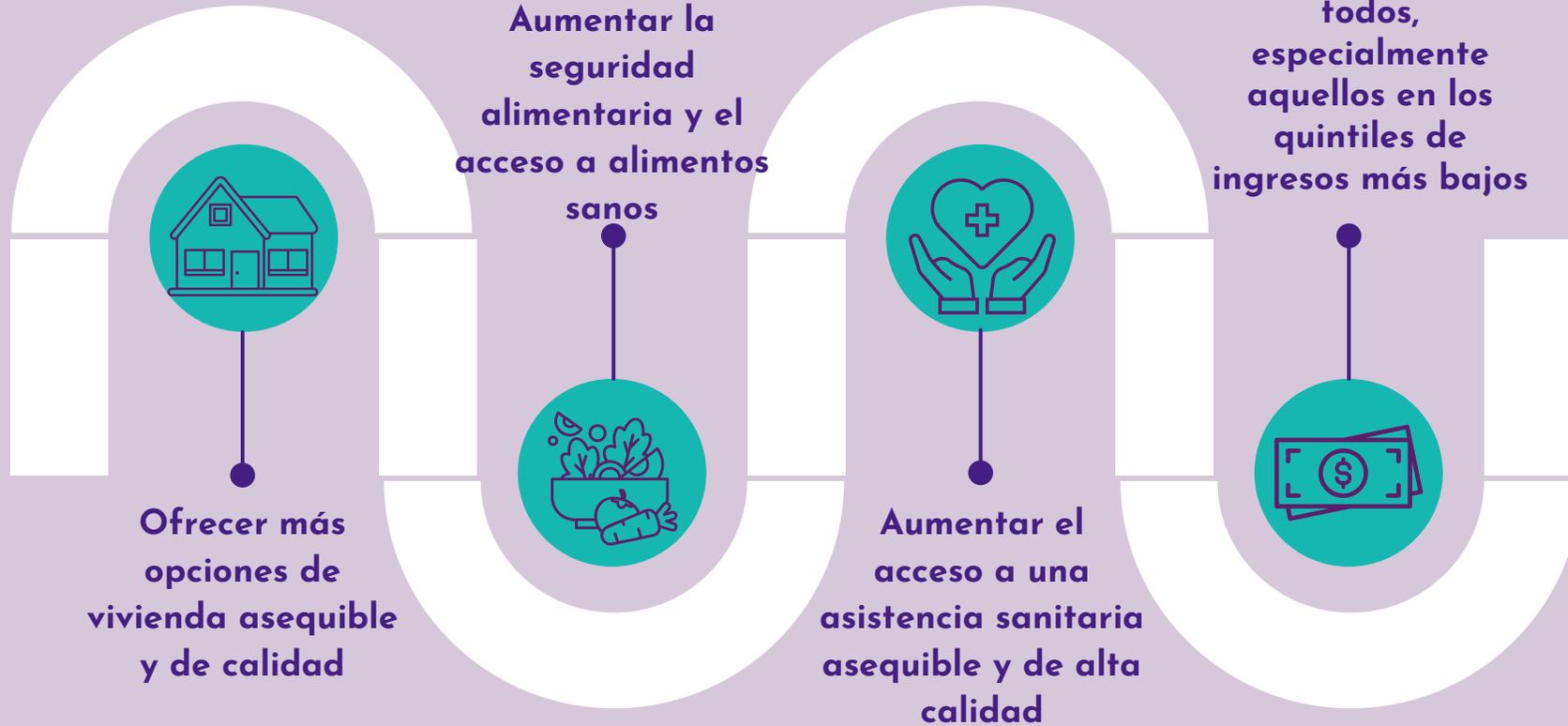
Soluciones: Apoyar Comunidades Saludables

Potenciales pasos de acción:



Soluciones: Abordar los factores sociales y financieros

Potenciales pasos de acción:



FUENTES DE INFORMACIÓN

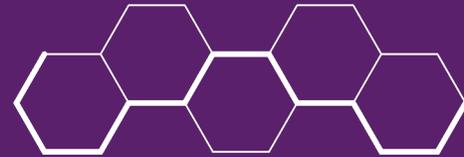
1. BenitoLink. (2023). Mary Casillas. The path forward for Hazel Hawkins. <https://benitolink.com/column-the-path-forward-for-hazel-hawkins/>
2. Brown, T. T. (2016). Returns on investment in California county departments of public health. *American Journal of Public Health*, 106(8), 1477-1482.
3. Bureau of Economic Analysis (BEA). (2023). National gross domestic product, first quarter 2022.
4. Bureau of Labor Statistics (BLS). (2022). California: Quintiles of income before taxes, 2021–2022. Annual expenditure means and characteristics.
5. California Department of Public Health (CDPH). (2023). COVID-19 Data. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/COVID-19/Age-Race-Ethnicity.aspx>
6. California Healthy Places Index. (2024). Public Health Alliance of Southern California. <https://map.healthyplacesindex.org/>
7. Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548>
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Interactive atlas of heart disease and stroke. Heart disease and stroke data.
9. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). National health expenditures accounts: Methodology paper.
10. Community Foundation for Monterey County. (n.d., Retrieved 2024). VIDA Community Health Worker Program. <https://www.cfmco.org/vida-community-health-worker-program-announced/>
11. Covered CA. (2023). Information for immigrants.
12. Cubanski, J., Biniek, J. F., & Neuman, T. (2023, March 20). FAQs on health spending, the federal budget, and budget enforcement tools. KFF.
13. Economic Policy Institute. (2021). Family budget calculator. Monthly costs. <https://www.epi.org/resources/budget/>
14. Hayes, T. O., & Asres, R. (2022). The economic costs of poor nutrition. American Action Forum: Washington, DC.

FUENTES DE INFORMACIÓN

15. Kezios, K. L., Lu, P., Calonico, S., Al Hazzouri, A. Z. (2023). History of low hourly wage and all-cause mortality among middle-aged workers. *JAMA*, 329(7), 561-573. doi:10.1001/jama.2023.0367
16. KION News 46. (May 2022). Ana Torrea. Monterey County leaders pushing for community to sign up for expanded Medi-Cal program.
17. LaVeist, T. A., Pérez-Stable, E. J., Richard, P., Anderson, A., Isaac, L. A., Santiago, R., Okoh, C., Breen, N., Farhat, T., Assenov, A., & Gaskin, D. J. (2023). The economic burden of racial, ethnic, and educational health inequities in the US. *JAMA*, 329(19), 1682-1692. doi:10.1001/jama.2023.5965
18. Lopez-Espinosa, M. J., Murcia, M., Iñiguez, C., Vizcaino, E., Llop, S., Vioque, J., Grimalt, J. O., Rebagliato, M., & Ballester, F. (2011). Prenatal exposure to organochlorine compounds and birth size. *Pediatrics*, 128(1), e127-e134. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1951>
19. Lookout Santa Cruz. (February 2022). Hillary Ojeda. Will Watsonville Community Hospital be saved? <https://lookout.co/will-watsonville-community-hospital-be-saved-john-laird/>
20. Monterey County Workforce Development Board. (2021). State of the workforce for Monterey County.
21. Natural Resources Defense Council. (2021). Nicole Greenfield. Latina farmworkers speak out about the hazards of life in California's fields.
22. OECD. (2020). Health status (indicator). doi: 10.1787/00540-en
23. OECD. (2020). Potential years of life lost (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en
24. OECD. (2021). Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en
25. OECD. (2021). Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en
26. OECD. (2021). Life expectancy at birth (indicator). doi: 10.1787/27e0fc9d-en
27. OECD. (2021). Overweight or obese population (indicator). doi: 10.1787/86583552-en

FUENTES DE INFORMACIÓN

28. OECD. (2022). Infant mortality rates (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en
29. RAND. (2020). Burden of health care payments is greatest among Americans with the lowest incomes. New releases.
30. Rosenkrantz, B. G. (1973). Public health and the state: Changing views in Massachusetts, 1842-1936. Harvard University Press.
31. State Bill (SB) 418 (Laird). (January 2022). California State Assembly.
32. State of California Employment Development Department. (2020). Current industry employment and unemployment rates for counties. Labor force data for all counties.
33. Sweden Institute. (2024). Elderly care in Sweden. Retrieved May 17, 2024, from <https://sweden.se/life/society/elderly-care-in-sweden>
34. TravelTime API. (2024). Distance matrix. <https://traveltime.com/apis/distance-matrix>
35. U.S. Census Bureau. (2010). 2006-2010 American community survey 5-year estimates.
36. U.S. Census Bureau. (2020). 2016-2020 American community survey 5-year estimates.
37. U.S. Census Bureau. (2021). 2017-2021 American community survey 5-year estimates.
38. U.S. Census Bureau. (2022). 2018-2022 American community survey 5-year estimates.
39. United Way of California. (2023). How much it costs to struggle: The real cost measure in California.
40. UC Berkeley School of Public Health. (2021). Center for Environmental Research and Community Health. Prevalence and predictors of SARS-CoV-2 infection among farmworkers in Monterey County, CA.
41. United Nations General Assembly. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations, Treaty Series, 993, 3. Retrieved from <https://www.refworld.org/legal/agreements/unga/1966/en/33423>



UC SANTA CRUZ | Institute for
Social Transformation

UC SANTA CRUZ Instituto para la **Transformación Social**