



# Una historia en los datos

Desglose de los sistemas de datos de Colorado para comprender la salud conductual dentro de la comunidad hispana o latina

MARZO DE 2024



COLORADO HEALTH INSTITUTE

Estrategia informativa. Avances en salud.

# Una historia en los datos

Desglose de los sistemas de datos de Colorado para comprender la salud conductual dentro de la comunidad hispana o latina

- 3** Resumen ejecutivo
- 4** Introducción
  - 4** Dónde hemos estado
  - 4** Dónde estamos
  - 4** El contexto de los datos
- 6** Descripción general de las fuentes de datos
- 7** Análisis de la atención de la salud conductual de la comunidad: Diagnóstico, utilización y telemedicina
  - 7** Diagnóstico de salud conductual dentro de la comunidad hispana o latina
  - 9** Uso de la atención por parte de la comunidad hispana o latina
- 12** Cómo se brinda la atención: Uso de la telemedicina en la atención de la salud conductual
- 13** Discusión
  - 13** Una historia similar para el diagnóstico, pero una historia diferente para el acceso
  - 14** El contexto de los datos
- 15** Política y consideraciones programáticas
  - 15.1** Futuros rumbos
- 16** Conclusión
- 17** Notas finales



Colorado Health Institute agradece a AJ Scheitler, EdD, Ninez Ponce, MPP, PhD, y Susan Babey, PhD, del Centro de Investigación de Políticas de Salud (Center for Health Policy Research) de la UCLA, por su orientación y apoyo en este proyecto. Colorado Health Institute (CHI) también agradece a los miembros de la comunidad que compartieron sus historias y experiencias personales, lo que proporcionó un contexto importante que dio forma a este informe. El CHI completó este trabajo con el apoyo de la Robert Wood Johnson Foundation.

## Resumen ejecutivo

***Un nuevo análisis realizado por el Instituto de Salud de Colorado (CHI) encontró diferencias en la forma en que las personas se involucran con la atención médica conductual. Los datos muestran que dentro de la comunidad hispana o latina, existen muchas identidades únicas que tienen diferentes patrones de acceso a la atención médica conductual.***

El acceso a la atención médica conductual ha estado a la vanguardia de la política y la toma de decisiones ya que muchas más personas buscaron tratamiento durante la pandemia del COVID-19 y después de esta. Comprender el acceso y el uso entre distintas poblaciones en Colorado es igualmente importante ya que muchas personas se enfrentan con barreras que dificultan la obtención de atención o, a menudo la vuelven aparentemente imposible.

En colaboración con el Centro de Investigación de Políticas de Salud de University of California, Los Angeles (UCLA), CHI ha trabajado los últimos tres años para explorar estrategias para desglosar los datos raciales y étnicos dentro de los principales sistemas de datos de salud de Colorado. El objetivo de este proceso es comprender si los miembros de la comunidad hispana o latina de Colorado tienen acceso a servicios de atención médica conductual importantes.

CHI ha abordado este trabajo en tres fases. Métodos de fase I evaluados para desglosar los datos. En la fase II, CHI aplicó métodos de modelado predictivo desarrollados a partir de la fase I y analizó la confianza y confiabilidad de esos métodos. En la fase III, CHI utilizó los modelos desarrollados en las primeras dos fases para comprender el uso, el diagnóstico y el modo de administración de la atención médica conductual. Los dos conjuntos de datos principales que se analizaron en la fase III son los siguientes:

- Base de datos de todas las reclamaciones de los pagadores de Colorado (Colorado All Payer Claims Database, CO APCD)
- Servicio de base de datos regional de observación de la salud de Colorado (Colorado Health Observation Regional Database Service, CHORDS)

CHI interactuó con grupos comunitarios y proveedores de servicios de salud conductual durante la fase III para comprender mejor las implicancias de los datos desglosados, las preguntas que surgieron sobre estos datos y las posibles consideraciones en torno a las políticas o programas para abordar las diferencias en el acceso a los servicios de salud conductual. CHI

agradece a esos miembros de la comunidad por su participación. Sus respuestas y críticas reflexivas generaron conciencia sobre los problemas clave que afectan a las comunidades en Colorado y lo que podría hacerse para abordarlos en el futuro.

Los hallazgos y reflexiones clave de la tercera fase del análisis de CHI incluyen:

- ▶ ***Los miembros de la comunidad hispanos o latinos tienen tasas similares de diagnósticos de salud conductual en comparación con el promedio estatal, aunque hay algunas diferencias entre los grupos específicos.***
- ▶ ***Sin embargo, los miembros hispanos o latinos de la comunidad no están teniendo acceso a la atención de la salud conductual en el mismo grado que el promedio de Colorado.***
- ▶ ***Muchos individuos de Colorado utilizaron servicios de telemedicina durante los últimos años, y los que eran hispanos o latinos no fueron la excepción. Los hispanos o latinos de Colorado tuvieron más probabilidades de usar telemedicina que el promedio estatal. Sin embargo, estas visitas mostraron menos probabilidades de estar relacionadas con la atención de la salud conductual.***

Esta información se compartirá con los socios de la comunidad, las personas encargadas de tomar decisiones y otros sectores interesados para garantizar que los hallazgos lleguen a quienes puedan usarlos. Las próximas fases de trabajo podrían enfocarse en la carga de costos de los servicios de salud conductual en diferentes comunidades de Colorado. Las futuras fases del trabajo también podrían centrarse en el desglose de datos raciales o étnicos correspondientes a otros grupos, como la identidad asiática, otra comunidad diversa de nuestro estado.

# Introducción

## Por qué este trabajo es importante

Según la Encuesta de acceso a la salud de Colorado (Colorado Health Access Survey, CHAS) de 2021, más que nunca, personas de Colorado informaron que experimentan una salud mental deficiente. Alrededor de una de cada cuatro personas de Colorado dijo que experimentó ocho o más días de salud mental deficiente en el último mes. Los impactos de la pandemia del COVID-19, como el aislamiento, la pérdida de empleo o la muerte y la enfermedad, afectaron y continuaron afectando a muchas personas y su salud mental.

Los miembros de las poblaciones minoritarias raciales y étnicas experimentaron la pandemia de manera diferente, y muchas personas de color se vieron afectadas especialmente por las consecuencias del COVID. Sus tasas de suicidio aumentaron de manera desproporcionada entre 2010 y 2020 en comparación con sus pares blancos. Junto con la falta de tratamientos relevantes y receptivos desde el punto de vista cultural y las barreras estructurales para tener acceso a la atención, muchas personas de color no pudieron obtener el tipo de atención de la salud conductual que necesitaban. Dado que muchas personas no pueden recibir la atención necesaria, esto también podría significar que muchas tienen problemas de salud mental o de consumo de sustancias que no han sido diagnosticados.<sup>1</sup>

En función de los datos del CHAS de 2021, los habitantes de Colorado que hablan español como su idioma de preferencia tuvieron menos probabilidades de utilizar servicios de atención de la salud en el último año en comparación con los que hablaban inglés.<sup>2</sup> Las personas que hablaban español también tuvieron más probabilidades de enfrentarse a barreras para recibir tratamiento. La Encuesta de la Comunidad Estadounidense (American Community Survey) de 2022 indicó que alrededor del 16 % de la población del estado de 5 años de edad o más habla un idioma distinto del inglés en el hogar.<sup>3</sup> Garantizar que las personas tengan acceso a una atención oportuna, receptiva y culturalmente relevante es fundamental.

Otro factor importante es el costo de la cobertura de la atención de la salud. Los miembros de la comunidad hispana o latina de Colorado tienen muchas más probabilidades de no tener seguro en comparación con sus homólogos blancos, según el CHAS.<sup>4</sup> Es posible que muchas de estas personas no reciban la atención necesaria porque no tienen seguro médico y no pueden pagar costosas facturas por atención médica o salud conductual.

Los miembros de grupos minoritarios raciales y étnicos enfrentan desigualdades históricas y sistémicamente arraigadas en los Estados Unidos que continúan creando desigualdades de salud, sociales y económicas. En general, las fuentes de datos utilizadas para analizar estas desigualdades dependen solo de un puñado de categorías raciales y étnicas, que incluyen nativo americano o nativo de Alaska, afroamericano o negro, asiático, nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico, hispano o latino y blanco. Estas categorías amplias no revelan las perspectivas, experiencias y la importancia cultural únicas de comunidades étnicas o raciales específicas. El desglose de datos puede utilizarse para exhibir estas comunidades a menudo desconocidas o ignoradas.

El desglose de datos es el método para obtener información sobre un grupo grande y describir esta información para poblaciones más específicas. Este método ayuda a los investigadores y a los encargados de tomar decisiones a comprender las tendencias o los patrones que, de otro modo, podrían haberse pasado por alto. La cultura, la identidad, la raza, la nacionalidad y el origen étnico son

**Los habitantes de Colorado que hablan español como su idioma de preferencia tuvieron menos probabilidades de utilizar servicios de atención de la salud en el último año en comparación con los que hablaban inglés. Las personas que hablaban español también tuvieron más probabilidades de enfrentarse a barreras para recibir tratamiento.**



increíblemente complejos e influyen en la forma en que una persona interactúa dentro de entornos sociales, económicos y políticos. La identidad también puede cambiar con el tiempo y adaptarse a los cambios sociales en la forma en que hablamos, comprendemos y nos relacionamos con nuevas experiencias. El desglose de los datos desempeña un papel fundamental en el avance de la equidad sanitaria. La

experiencia e identidad vividas exclusivas de una persona a menudo se pierden cuando la información sobre ella se agrupa en una categoría étnica o racial menos significativa. Esta agrupación puede ocultar una desigualdad existente que podría ser no reconocida de manera perpetua.<sup>5</sup>

En los últimos tres años, CHI, en asociación con el Centro de Investigación de Políticas de Salud de la UCLA, con el financiamiento de la Robert Wood Johnson Foundation, ha investigado formas de usar el desglose de datos para comprender mejor las comunidades de Colorado e identificar las condiciones que crean barreras para tener acceso a la atención médica, resultados de salud deficientes y la utilización de servicios preventivos y otros servicios de atención de la salud. Los esfuerzos de CHI se han centrado en la gran comunidad hispana o latina del estado.

Según la Encuesta de la Comunidad Estadounidense (American Community Survey, ACS) de 2022, alrededor de 1.3 millones de personas en Colorado se identifican como hispanos o latinos, alrededor de una cuarta parte de la población del estado.<sup>6</sup> Esta es una comunidad única y diversa. Por ejemplo, casi 58,000 personas se identifican como centroamericanas, 54,000 como sudamericanas y alrededor de 47,000 como puertorriqueñas.<sup>7</sup> Y estas son solo algunas de las comunidades distintivas que llaman a Colorado su hogar. Cada una de estas comunidades tiene su propia visión sobre las decisiones que afectan a sus miembros, su representación en los sistemas de Colorado en general y cómo interactúan con estos sistemas, incluida la atención de la salud.

Los objetivos adicionales de este trabajo incluyen elevar las comunidades representadas en los datos e informar a las organizaciones, legisladores y otros encargados de tomar decisiones que podrían no estar familiarizados con los desafíos que enfrentan estas comunidades. Garantizar que las comunidades que necesitan atención de la salud conductual tengan acceso a ella es fundamental para ayudar a las personas a vivir vidas saludables y llenas de vitalidad.

## Dónde hemos estado

Durante la primera fase de trabajo, completada en junio de 2021, CHI investigó posibles enfoques para desglosar los datos. Esta fase elaboró una hoja de ruta para el uso de modelos predictivos para desglosar los datos en los sistemas de datos de Colorado. Durante esta fase, CHI también agregó elementos sobre identidades raciales y étnicas separadas a la CHAS para recopilar información para usar en fases futuras.

En la segunda fase de trabajo, completada en enero de 2023, CHI desarrolló modelos estadísticos utilizando la CHAS para predecir la probabilidad de que una persona se identificara como una identidad específica dentro de la comunidad hispana o latina. Las identidades que estaban disponibles en la CHAS para investigar incluyeron la caribeña o centroamericana, chicana, latina, mexicana o mexicanoamericana, hispanoamericana o sudamericana. Los modelos que proporcionaron a CHI la suficiente confianza y certeza estadística para predecir con precisión una identidad como resultado fueron la identidad caribeña o centroamericana, la sudamericana y la latinoamericana. Para obtener más información sobre los métodos de elaboración de modelos estadísticos, consulte el informe de fase II adjunto. Para obtener más información sobre las definiciones de las cuatro afecciones de salud conductual, consulte el documento de los métodos de fase III adjunto.

CHI aplicó estos modelos a dos sistemas de datos de atención de la salud de Colorado para desglosar los

datos raciales y étnicos dentro de ellos. Estos sistemas de datos son el Servicio de base de datos regional de observación de la salud de Colorado (CHORDS), que reúne datos de muchos registros de salud electrónicos de los sistemas de salud de primera línea y la Base de datos de todas las reclamaciones de los pagadores de Colorado (CO APCD), una recopilación de datos de reclamaciones gestionada por el Centro para mejorar el valor en la atención médica (Center for Improving Value in Health Care). Mediante el uso de modelos predictivos, CHI pudo investigar diagnósticos de salud conductual, la utilización de servicios y cómo se administró el tratamiento para estas tres identidades distintas dentro de las comunidades hispanas o latinas: caribeña o centroamericana, sudamericana y latinoamericana.

## Dónde estamos

En la tercera fase del trabajo, CHI aplicó los modelos de regresión y predijo qué personas pueden identificar como una identidad hispana o latina única. Utilizando estas predicciones, CHI pudo investigar diagnósticos de salud conductual, la utilización de servicios y cómo se brindó atención conductual para estas identidades distintas.

CHI buscó responder las siguientes preguntas de la investigación:

- ¿En qué difieren los diagnósticos de salud conductual entre las personas que se identifican como hispanas o latinas?
- ¿En qué difiere la utilización de servicios de atención de la salud conductual entre las personas que se identifican como hispanas o latinas?
- ¿Existen diferencias en el modo en que se brinda atención entre identidades hispanas o latinas (telemedicina en comparación con visitas en persona)?

## El contexto de los datos

Los datos sin contexto no pueden contar la historia completa. CHI también participó con grupos y miembros comunitarios para comprender mejor qué significan las diferencias en los resultados, la utilización y otros aspectos de la atención de la salud conductual para la comunidad hispana o latina del estado. Las historias y el contexto ilustran una imagen más holística de cómo es la salud conductual y cómo se ve afectado el acceso en nuestras diversas comunidades. CHI agradece a estos miembros de la comunidad por compartir sus experiencias con nosotros.

# Descripción general de las fuentes de datos

**Servicio de base de datos de salud regional de observación de la salud de Colorado (The Colorado Health Observation Regional Health Data Service, CHORDS):** CHORDS es una red de sistemas de salud y proveedores que utiliza datos de registros electrónicos de salud (electronic health record, EHR) para identificar tendencias de salud y respaldar las iniciativas de evaluación y monitoreo de la salud pública. Catorce proveedores y sistemas de salud participan en la red CHORDS, apoyando la vigilancia de enfermedades crónicas en los condados de Colorado. Los datos de CHORDS son en su mayoría representativos de la región metropolitana de Denver del estado, que incluye los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson. Los datos también son representativos de las personas que buscan servicios de atención de la salud y no son una muestra aleatoria de la población subyacente.

**Base de datos de todas las reclamaciones de los pagadores de Colorado (The Colorado All Payer Claims Database, CO APCD):** El conjunto de datos de reclamaciones integral CO APCD abarca la mayoría de las personas con seguro en Colorado e incluye a más de 40 pagadores comerciales, Medicaid y Medicare. La CO APCD es una base de datos de reclamaciones de atención de la salud segura y legislada por el estado. La sofisticación y la escala de la base de datos están en constante crecimiento, con millones de reclamaciones presentadas cada mes por pagadores de seguros de salud que representan más del 70 % de las vidas que cuentan con cobertura médica en Colorado. La presentación de reclamaciones de empleadores autoasegurados basados en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados es voluntaria, por lo que la mayoría de los datos generados a partir de entidades autoaseguradas basadas en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados no se incluyen en la base de datos. Las personas que carecen de seguro de salud tampoco están representadas en la APCD CO. Esto podría afectar la posibilidad de generalizar algunas de las estimaciones y puede requerir la limitación de los conjuntos de datos al vincularse.

Al analizar estos dos conjuntos de datos a lo largo del informe, los datos de reclamaciones se referirán al conjunto de datos de la ACO APCD, mientras que los datos de las visitas médicas se referirán al conjunto de datos del CHORDS. El término pacientes se refiere a las personas de Colorado que recibieron

servicios de atención de salud y cuyos datos se incluyen en las bases de datos CHORDS y CO APCD.

## Consideraciones

Ambos conjuntos de datos proporcionan una cantidad increíble de información. Los CHORDS se limitan más a condados específicos de Colorado, mientras que la CO APCD solo representa a la población asegurada, con algunos tipos de cobertura de seguro no siempre incluidos. Una sola visita a un médico o terapeuta puede implicar más de un procedimiento. Los datos de CO APCD se han agregado a un código de diagnóstico primario, lo que representa el motivo principal por el que un paciente buscó atención. Esto podría dar lugar a algunas reclamaciones que no muestran que un servicio de salud conductual se incluyó en la visita si la persona originalmente programó una cita por otro motivo, o se plantearon múltiples problemas durante la visita. Los datos de reclamaciones y visitas médicas incluyeron personas duplicadas, ya que la misma persona podía buscar atención más de una vez en un año dado y de múltiples proveedores. Esto significa que podría haber múltiples visitas o reclamaciones incluidos para la misma persona.

Entre los datos de CHORDS y CO APCD, a menudo hay diferencias entre los dos conjuntos de datos para la misma identidad étnica. Esto puede deberse a muchos factores. Por ejemplo, CHORDS es regional e incluye algunos centros de salud mental de la comunidad (community mental health centers, CMHC), pero no todos. Estos CMHC pueden servir a algunas comunidades más que a otras, mientras que el CO APCD es estatal.

La información demográfica no siempre se reporta, lo que puede dar como resultado una menor cantidad de visitas con datos precisos sobre raza u origen étnico. Las afecciones que se estudiaron en la CO APCD coinciden con los mismos parámetros proporcionados por los socios de CHORDS para determinar cómo definen determinadas afecciones de salud conductual. Estos parámetros se describen en el documento de metodología adjunto. Estos incluyen depresión, ansiedad, trastorno bipolar y trastorno por consumo de sustancias. Existen muchos más diagnósticos y afecciones de salud conductual pero este informe se limitará a esos cuatro. Se proporcionó un intervalo de confianza del 95 % en las tablas para comprender las diferencias clave.

# Análisis de la atención de la salud conductual de la comunidad: Diagnóstico, utilización y telemedicina

## Diagnóstico de salud conductual dentro de la comunidad hispana o latina

El acceso a los servicios de salud conductual es integral para reducir problemas más agudos a lo largo de la vida de una persona, ya que la intervención temprana puede reducir los resultados negativos. Sin embargo, muchas barreras pueden limitar la capacidad de una persona de interactuar con el sistema de salud conductual. La información sobre diagnósticos de salud conductual proveniente de reclamaciones y datos de visitas médicas se describe en las siguientes secciones.

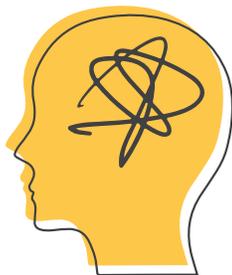
### Depresión

Alrededor del 12 % al 13 % de los pacientes en Colorado tuvieron un diagnóstico de depresión entre 2016 y 2021, en función de las reclamaciones facturadas y los datos de las visitas médicas (consulte la Figura 1). Alrededor del 11 % al 13 % de los pacientes hispanos o latinos tuvieron un diagnóstico de depresión. Las tasas generales de depresión correspondientes a la comunidad hispana o latina variaron entre los dos conjuntos de datos. En función de los datos de las reclamaciones, los pacientes del Caribe o de América Central tuvieron la tasa más alta de depresión (14.3 %). Sin embargo, en función de los datos de las visitas de salud, tuvieron una tasa más baja de depresión (7.3 %). Estos porcentajes representan casi 88,000 personas hispanas o latinas que viven con un diagnóstico de depresión en todo el estado, en función de los datos de las reclamaciones.



### Ansiedad

Alrededor del 13 % al 14 % de los pacientes en Colorado tuvieron un diagnóstico de ansiedad en función de las reclamaciones y los datos de las visitas médicas (consulte la Figura 2). Dentro de la comunidad hispana o latina, hubo algunas diferencias que vale destacar. Los pacientes del Caribe o de América Central tuvieron una tasa ligeramente más alta en función de los datos de las reclamaciones (16.7 %), pero una tasa más baja en función de los datos de visitas médicas (9.2 %). En función de los datos de las visitas médicas, los pacientes hispanoamericanos tuvieron una tasa de ansiedad más alta (14.7 %), pero una tasa más baja en función de las reclamaciones (12.3 %). Estos porcentajes representan más de 95,000 personas hispanas o latinas que viven con ansiedad.



### Trastorno bipolar

Alrededor del 2 % al 3 % de los pacientes tuvieron un diagnóstico de trastorno bipolar en función de las reclamaciones y los datos de las visitas médicas entre 2016 y 2021 (consulte la Figura 3).

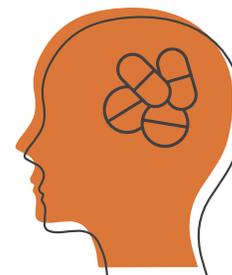
Esta es una observación similar para los pacientes hispanos o latinos. Dentro de la comunidad hispana o latina, existe cierta variabilidad. Los pacientes del Caribe o de América Central tuvieron una tasa ligeramente más alta de acuerdo con los datos de las reclamaciones (3.2 %), pero una tasa mucho más baja en comparación con los datos de visitas médicas (0.5 %). Esto también puede verse en las personas de Sudamérica (2.7 % en comparación con el 0.6 %, respectivamente).



### Trastorno por consumo de sustancias

Alrededor del 1 % al 3 % de los pacientes de Colorado tuvieron un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias entre 2016 y 2021 en función de las reclamaciones y los datos de las visitas médicas (consulte la Figura 4).

Alrededor del 2 % al 3 % de los pacientes hispanos o latinos tuvieron un diagnóstico por consumo de sustancias durante este mismo período. Existen algunas diferencias dentro de las identidades hispanas o latinas. Las personas del Caribe o de América Central tuvieron una tasa más alta de diagnóstico de consumo de sustancias en función de los datos de reclamaciones (2.2 %), mientras que el grupo de la población hispanoamericana tuvo una tasa más alta en función de las reclamaciones y los datos de las visitas médicas (1.8 % a 6.7 %, respectivamente).



**Figura 1. Porcentaje con diagnóstico de depresión según identidad hispana o latina, 2016 a 2021**

Población	CO APCD		CHORDS	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
<b>Colorado</b>	<b>633,490</b>	<b>12.66 % (12.63 %, 12.69 %)</b>	<b>204,734</b>	<b>12.26 % (12.21 %, 12.31 %)</b>
<b>Hispano o latino</b>	<b>87,596</b>	<b>13.15 % (13.07 %, 13.23 %)</b>	<b>52,673</b>	<b>10.97 % (10.89 %, 11.06 %)</b>
Caribeño o centroamericano	29,871	14.34 % (14.19 %, 14.49 %)	8,763	7.33 % (7.19 %, 7.48 %)
Sudamericano	6,313	13.91 % (13.56 %, 14.23 %)	7,545	10.28 % (10.07 %, 10.50 %)
Hispanoamericano	8,533	13.43 % (13.16 %, 13.69 %)	7,453	14.02 % (13.72 %, 14.31 %)

**Figura 2. Porcentaje con diagnóstico de ansiedad según identidad hispana o latina, 2016 a 2021**

Población	CO APCD		CHORDS	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
<b>Colorado</b>	<b>661,175</b>	<b>13.21 % (13.18 %, 13.24 %)</b>	<b>233,571</b>	<b>13.98 % (13.93 %, 14.04 %)</b>
<b>Hispano o latino</b>	<b>95,187</b>	<b>14.29 % (14.20 %, 14.37 %)</b>	<b>62,292</b>	<b>12.98 % (12.88 %, 13.07 %)</b>
Caribeño o centroamericano	34,872	16.74 % (16.58 %, 16.90 %)	10,982	9.19 % (9.03 %, 9.36 %)
Sudamericano	6,711	14.79 % (14.46 %, 15.11 %)	8,015	10.93 % (10.70 %, 11.15 %)
Hispanoamericano	7,837	12.33 % (12.08 %, 12.59 %)	7,818	14.70 % (14.40 %, 15.01 %)

**Figura 3. Porcentaje con trastorno bipolar según identidad hispana o latina, 2016 a 2021**

Población	CO APCD		CHORDS	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
<b>Colorado</b>	<b>140,742</b>	<b>2.81 % (2.80 %, 2.83 %)</b>	<b>39,012</b>	<b>2.34 % (2.31 %, 2.36 %)</b>
<b>Hispano o latino</b>	<b>18,239</b>	<b>2.74 % (2.70 %, 2.78 %)</b>	<b>7,919</b>	<b>1.65 % (1.61 %, 1.69 %)</b>
Caribeño o centroamericano	6,587	3.16 % (3.09 %, 3.24 %)	571	0.48 % (0.44 %, 0.52 %)
Sudamericano	1,202	2.65 % (2.50 %, 2.80 %)	416	0.57 % (0.51 %, 0.62 %)
Hispanoamericano	1,361	2.14 % (2.03 %, 2.25 %)	1,430	2.69 % (2.55 %, 2.83 %)

**Figura 4. Porcentaje con trastorno por consumo de sustancias según identidad hispana o latina, 2016 a 2021**

Población	CO APCD		CHORDS	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
<b>Colorado</b>	<b>52,803</b>	<b>1.06 % (1.05 %, 1.06 %)</b>	<b>44,962</b>	<b>2.69 % (2.67 %, 2.72 %)</b>
<b>Hispano o latino</b>	<b>9,891</b>	<b>1.48 % (1.46 %, 1.51 %)</b>	<b>13,200</b>	<b>2.75 % (2.70 %, 2.80 %)</b>
Caribeño o centroamericano	4,504	2.16 % (2.10 %, 2.22 %)	1,999	1.67 % (1.60 %, 1.75 %)
Sudamericano	257	0.57 % (0.50 %, 0.64 %)	1,762	2.40 % (2.29 %, 2.51 %)
Hispanoamericano	1,129	1.78 % (1.67 %, 1.88 %)	3,538	6.65 % (6.44 %, 6.87 %)

## Uso de la atención por parte de la comunidad hispana o latina

CHI utilizó los datos de las reclamaciones para comprender más sobre el uso de atención médica conductual dentro de la comunidad hispana o latina entre 2019 y 2021. En la Figura 5 se describe el porcentaje y la cantidad de reclamaciones facturados en relación con los diagnósticos de salud conductual que involucran comunidades hispanas o latinas específicas.

En muchos casos, las reclamaciones que involucraban comunidades hispanas o latinas específicas tenían menos probabilidades de estar relacionadas con la atención médica conductual. Por ejemplo, el 2.5 % de las reclamaciones totales de todo el estado estuvieron relacionadas con diagnósticos de depresión entre 2019 y 2021. Las reclamaciones relacionadas con pacientes hispanos o latinos tuvieron menos probabilidades de estar relacionadas con un diagnóstico de depresión, con un 1.5 %. Dentro de la comunidad hispana o latina, las reclamaciones que involucraban a pacientes hispanoamericanos fueron mucho más bajas, de 0.8 %, mientras que las de sudamericanos tuvieron una tasa más cercana al promedio estatal, de 2.1 %.

Este es un hallazgo comparable con otros diagnósticos de salud conductual. Una diferencia son las reclamaciones relacionadas con el diagnóstico de consumo de sustancias. Las reclamaciones que involucraron un paciente que era de América Central o del Caribe tuvieron más probabilidades de estar relacionadas con un trastorno por consumo de sustancias (0.3 %) en comparación con el estado u otras identidades hispanas o latinas.

## Cantidad promedio de visitas

Los datos que reflejan la cantidad promedio de visitas por afección de salud conductual pueden utilizarse para ilustrar la frecuencia con la que las poblaciones interactúan con el sistema de atención médica para tratar una determinada afección. Sin embargo, una persona podría estar limitada en cuanto a la cantidad de visitas por año bajo su cobertura de seguro. Por ejemplo, Medicaid en Colorado cubre seis visitas de salud conductual a corto plazo en un entorno de atención primaria por año fiscal.<sup>8</sup> Esto podría afectar la cantidad de visitas que las personas buscan por una afección determinada; superar ese límite puede dar lugar a costos de bolsillo que podrían ser demasiado caros para que las personas o las familias los paguen.

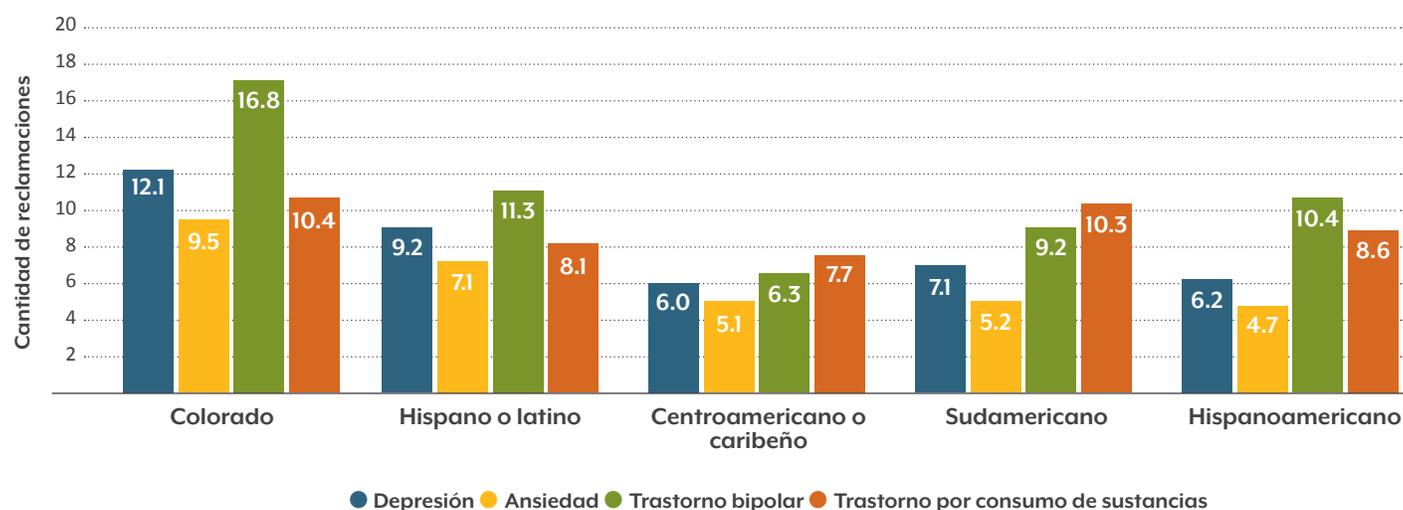
La Figura 6 muestra la cantidad promedio de reclamaciones facturadas para las personas, para cada una de las cuatro afecciones de salud conductual estudiadas. Estas incluyen a personas que tenían al menos una reclamación facturada por la afección de salud conductual determinada. En Colorado, se facturaron alrededor de 12 reclamaciones por persona con un diagnóstico de depresión entre 2019 y 2021. Esto se compara con unas 17 reclamaciones facturadas por persona por un trastorno bipolar y alrededor de 10 reclamaciones facturadas por persona con ansiedad o trastorno por consumo de sustancias.

**Figura 5. Porcentaje y número de reclamaciones relacionadas con afecciones de salud conductuales específicas que involucraron a miembros de la comunidad hispana o latina, 2019 a 2021**

Población	Depresión		Ansiedad	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
Colorado	4,429,794	2.45 % (2.44 %, 2.45 %)	4,012,582	2.22 % (2.21 %, 2.22 %)
Hispano o latino	181,901	1.45 % (1.44 %, 1.46 %)	172,775	1.38 % (1.37 %, 1.38 %)
Caribeño o centroamericano	41,424	1.46 % (1.45 %, 1.47 %)	47,682	1.68 % (1.67 %, 1.70 %)
Sudamericano	16,931	2.06 % (2.03 %, 2.09 %)	14,434	1.76 % (1.73 %, 1.79 %)
Hispanoamericano	12,098	0.81 % (0.80 %, 0.82 %)	8,496	0.57 % (0.56 %, 0.58 %)

Población	Trastorno bipolar		Trastorno por consumo de sustancias	
	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)	Cantidad	Porcentaje (Intervalo de confianza)
Colorado	1,277,133	0.71 % (0.70 %, 0.71 %)	383,840	0.21 % (0.21 %, 0.21 %)
Hispano o latino	32,927	0.26 % (0.26 %, 0.27 %)	21,106	0.17 % (0.17 %, 0.17 %)
Caribeño o centroamericano	6,366	0.22 % (0.22 %, 0.23 %)	9,619	0.34 % (0.33 %, 0.35 %)
Sudamericano	3,225	0.39 % (0.38 %, 0.41 %)	676	0.08 % (0.08 %, 0.09 %)
Hispanoamericano	2,068	0.14 % (0.13 %, 0.14 %)	1,730	0.12 % (0.11 %, 0.12 %)

**Figura 6. Cantidad promedio de reclamaciones facturadas por persona por afecciones de salud conductual según identidad hispana o latina, 2019 a 2021**



Las personas hispanas o latinas presentaron una menor cantidad promedio de reclamaciones facturadas por persona por cada una de las cuatro afecciones de salud conductual en comparación con el promedio estatal. Y dentro de la comunidad hispana o latina, la cantidad promedio de reclamaciones fue menor. Las poblaciones de centroamericanos o caribeños y de hispanoamericanos tuvieron alrededor de seis reclamaciones por diagnósticos relacionados con la depresión; la mitad del promedio del estado. Los centroamericanos o caribeños presentaron alrededor de seis reclamaciones facturadas por el trastorno bipolar; casi un tercio del promedio estatal para esta misma afección. Todas las identidades, además de las de sudamérica, tuvieron menos visitas facturadas por trastorno de consumo de sustancias.

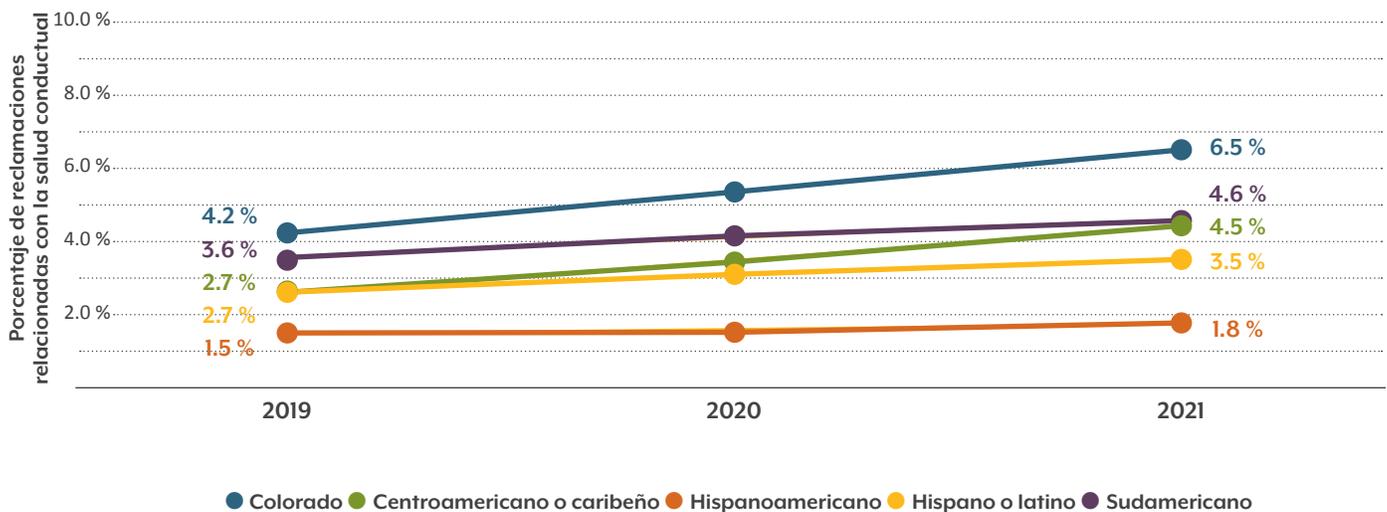
### Utilización a lo largo del tiempo

La pandemia del COVID-19 tuvo un gran impacto en la salud conductual de las personas, lo que provocó una mayor necesidad de servicios desde 2020 en adelante. La medición de la utilización del servicio antes y después de la pandemia es importante para comprender esta mayor necesidad y para detectar diferencias en el uso de los servicios que se ofrecen. La utilización de la atención de la salud

conductual aumentó con el tiempo, y la cantidad de reclamaciones facturadas por depresión, ansiedad, trastorno bipolar y consumo de sustancias aumentó entre 2019 y 2021 (consulte la Figura 7).

En el caso de Colorado, el porcentaje de reclamaciones relacionadas con las cuatro afecciones aumentó de 4.2 % a 6.5 % durante el período de tres años. Para la comunidad hispana o latina en general, el aumento fue del 2.7 % al 3.5 %. Sin embargo, dentro de la comunidad hispana o latina, no hubo tanto aumento en las reclamaciones facturadas por las cuatro afecciones. Las reclamaciones relacionadas con la atención de salud conductual que involucran a individuos hispanoamericanos se mantuvieron constantes en menos del 2 % de todas las reclamaciones. Las personas de América del Sur y América Central o el Caribe vieron pequeños aumentos, con reclamaciones que aumentaron un poco menos del 5 %, mayores que la tasa general hispana o latina. Sin embargo, en general, la comunidad hispana o latina ha utilizado la atención en menor grado que la población general del estado de acuerdo con los datos de las reclamaciones.

**Figura 7. Porcentaje de reclamaciones que estuvieron relacionadas con la salud conductual según identidad hispana o latina, 2019 a 2021\***



\*Las reclamaciones de salud conductual del CO APCD se definieron como aquellas con un diagnóstico primario de depresión, ansiedad, trastorno bipolar o trastorno por consumo de sustancias.

## Cómo se brinda la atención: Uso de la telemedicina en la atención de la salud conductual

La prestación de atención de la salud conductual ha cambiado con el tiempo. La pandemia del COVID-19 expandió los servicios de telemedicina en Colorado y el país. La atención a través de la telemedicina puede reducir algunas barreras, incluido el acceso limitado al transporte, el tiempo libre del trabajo o el cuidado de niños. Sin embargo, eso no significa que la telemedicina sea perfecta. Las personas aún necesitan una conexión a Internet segura y confiable. Además, es posible que los servicios de traducción para la telemedicina en el idioma preferido no sean coherentes entre los proveedores y los sistemas de atención de la salud. Los datos de los CHORDS se utilizaron en las siguientes secciones.

### Uso general de telemedicina por parte de la comunidad hispana o latina

Una mayor disponibilidad y una mejor infraestructura han hecho que la telemedicina sea una buena opción para muchos pacientes durante la pandemia del COVID-19 y después de esta. En Colorado, alrededor del 2.9 % de las personas dentro de los datos de las visitas médicas tuvieron, al menos, una visita con telemedicina, para cualquier tipo de servicio de atención de la salud, entre 2016 y 2021 en comparación con casi el 6 % de los pacientes hispanos o latinos (consulte la Figura 8). Sin embargo, dentro de esta comunidad, las personas tenían menos probabilidades de haber usado telemedicina, ya que cada una de las tres identidades tuvo tasas más bajas de uso de

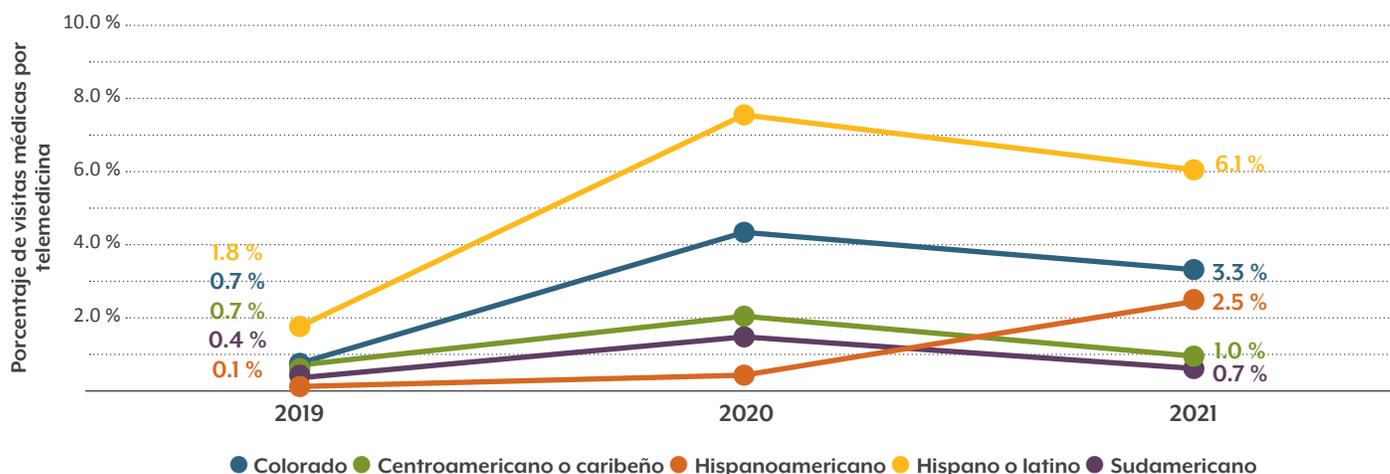
**Figura 8. Porcentaje de pacientes que han tenido al menos una visita de telemedicina según identidad hispana o latina, 2016 a 2021**

Población	Cantidad	Porcentaje
Colorado	48,692	2.92 % (2.89 %, 2.94 %)
Hispano o latino	27,380	5.70 % (5.64 %, 5.77 %)
Caribeño o centroamericano	2,809	2.35 % (2.27 %, 2.44 %)
Sudamericano	1,228	1.67 % (1.58 %, 1.77 %)
Hispanoamericano	1,280	2.41 % (2.28 %, 2.54 %)

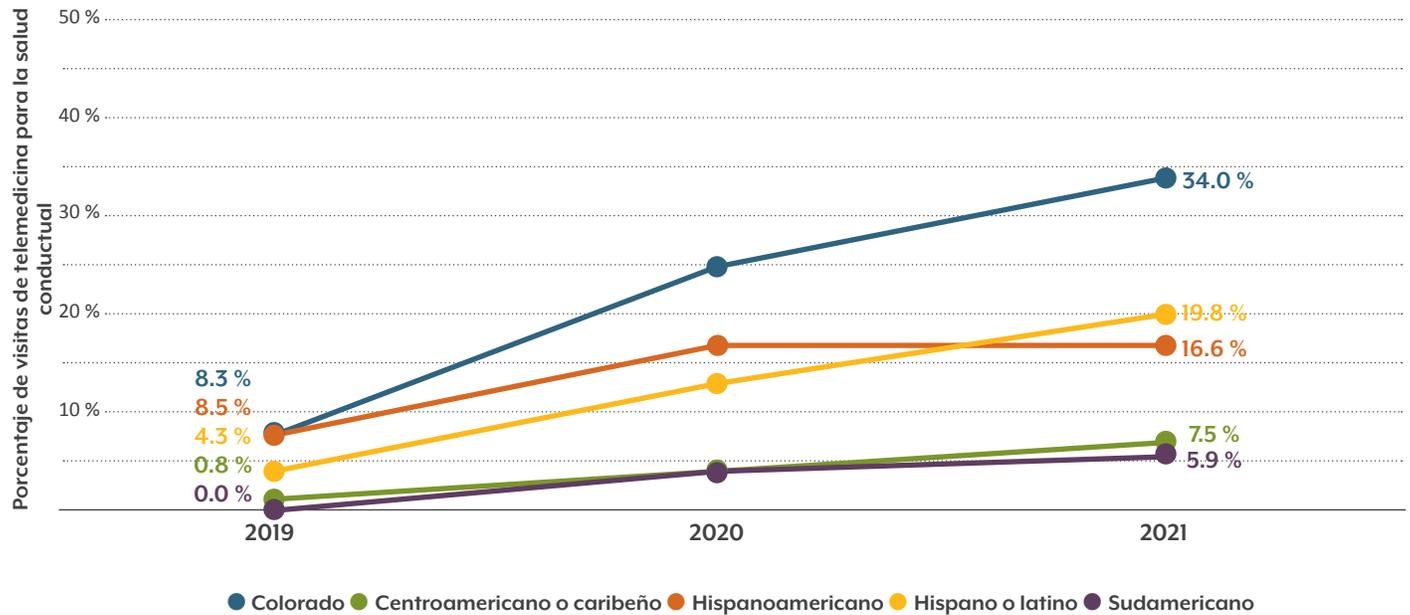
telemedicina durante este período. Durante toda la pandemia, muchos proveedores tuvieron que hacer la transición a la atención en línea debido a cierres y otros problemas. Entre 2019 y 2021, las visitas de telemedicina aumentaron de menos del 1 % a más del 3 % (consulte la Figura 9). Las tasas más altas se observaron durante la pandemia (más del 4 %), pero las tasas de uso de telemedicina aún superan las tasas prepandémicas.

En comparación con el estado, era más probable que las visitas de los pacientes hispanos o latinos se llevaran a cabo utilizando telemedicina, que aumentaron desde alrededor del 2 % en 2019 a más del 6 % en 2021. Sin embargo, las tasas de identidades dentro de la comunidad hispana o latina fueron más bajas, y las tasas de visitas médicas de pacientes sudamericanos realizadas con telemedicina fueron las más bajas, con menos del 1 % en 2021.

**Figura 9. Porcentaje de visitas médicas que se realizaron con telemedicina según identidad hispana o latina, 2019 a 2021**



**Figura 10. Porcentaje de visitas por telemedicina que estuvieron relacionadas con la salud conductual según identidad hispana o latina, 2019 a 2021**



El porcentaje de visitas de telemedicina relacionadas con la salud conductual también aumentó con el tiempo (consulte la Figura 10). En 2021, aproximadamente una de cada tres (34 %) visitas de telemedicina se relacionó con la salud conductual. Aproximadamente una de cada cinco (20 %) visitas de telemedicina realizadas a pacientes hispanos o latinos se relacionó con la salud conductual, mucho menos que el promedio estatal. Incluso menos visitas de telemedicina, menos del 10 %, involucraron a alguna persona del Caribe, América Central o América del Sur.

Aunque muchos pacientes hispanos o latinos han usado telemedicina desde 2016, estas visitas parecen ser menos probables por motivos de salud conductual. Esto podría hablar sobre la preferencia de las personas de recibir atención en persona para su afección de salud conductual. Otros factores en juego podrían implicar la relevancia cultural. Esto podría abarcar varias cosas, como si la visita médica incluye servicios de traducción o interpretación, así como si una persona siente que su proveedor puede relacionarse con sus experiencias o es culturalmente receptivo. Las barreras sistémicas y estructurales también están en juego, ya que muchos procesos y políticas a menudo no están creados de modo que incluyan a todo el mundo. Estos factores se analizan en más detalle en la siguiente sección.

## Discusión

### Una historia similar para el diagnóstico, pero una historia diferente para el acceso

En muchos casos, los pacientes de la comunidad hispana o latina tuvieron tasas de diagnóstico similares de afecciones de salud conductual en comparación con el promedio del estado. Existe variabilidad, ya que las identidades hispanas o latinas recibieron un diagnóstico de estos problemas de salud conductual a tasas más altas que el estado. Sin embargo, a menudo tenían tasas más bajas de acceso a la atención. Las barreras que mantienen la atención fuera del alcance están bien documentadas. El costo es una de ellas. Muchos miembros de la comunidad viven con ingresos más bajos que otros grupos raciales o étnicos, lo que hace que sea un desafío obtener una cobertura de atención de la salud asequible.<sup>9</sup> Como resultado, pueden renunciar a la atención para evitar las facturas médicas abrumadoras.

Además, es posible que el sistema de atención de la salud no se vea como un lugar acogedor. En el ámbito nacional, una encuesta reciente del Pew Research Center encontró que más de la mitad de los adultos hispanos o latinos informaron que han tenido una

o más experiencias negativas en un entorno de atención de la salud. Alrededor de un cuarto de los encuestados creía que había recibido atención inferior en comparación con otros, y alrededor de otro cuarto informó que sentía que eran tratados con menos respeto. Dentro de la comunidad hispana o latina, quienes también se identificaron como negros tuvieron más probabilidades de informar experiencias negativas que los adultos hispanos o latinos blancos.<sup>10</sup> Estas experiencias negativas se refieren a personas que se enfrentan a la discriminación cuando buscan atención de la salud, lo que hace más probable que dejen de interactuar con el sistema de atención médica.

El idioma y la comunicación también desempeñan un papel clave. De acuerdo con el Pew Research Center, alrededor del 60 % de los inmigrantes hispanos o latinos informaron que preferían un proveedor de atención médica de habla hispana, y sentían de que sus necesidades serían mejor satisfechas por este proveedor.<sup>10</sup> Sin embargo, solo alrededor del 7 % de los proveedores de todo el país son hispanos o latinos.<sup>10</sup> Así, a pesar de que algunos proveedores pueden hablar en español, si son blancos, es posible que no comprendan el matiz cultural o dialéctico de la persona que busca atención. Esto puede hacer que a las personas de color les resulte muy difícil encontrar un proveedor que no solo hable su idioma, sino que también comprenda su cultura y experiencia.

## El contexto de los datos

CHI habló con muchos miembros de la comunidad en Colorado, quienes compartieron sus propias historias sobre el acceso a la atención. Hablaron sobre las diferencias de idioma, la falta de cobertura de seguro y la necesidad de proveedores que comprendan sus experiencias y desafíos culturales. CHI también interactuó con los proveedores de atención de la salud para escuchar sus opiniones sobre las personas que intentan obtener el tipo de atención que necesitan y, a menudo, fracasan.

## Historias de miembros de la comunidad

Para individuos hispanos o latinos de Colorado con afecciones de salud mental, el acceso a los servicios necesarios no es fácil, y obtener atención de calidad y culturalmente relevante puede ser un obstáculo aún mayor. Una persona dijo que le llevó meses conseguir una cita con un proveedor que hablara su idioma. A pesar de que finalmente encontraron a

una persona que hablaba español, este proveedor era de raza blanca, y a la atención brindada le faltaban muchos contextos culturales específicos para sus necesidades. Un ejemplo de esto es cuán diferente la cultura de habla hispana puede hablar acerca de su salud. No solo hay diferencias dialecticas entre las regiones de América del Sur, América Central y el Caribe, sino que estas áreas también tienen antecedentes diferentes sobre cómo se ve la atención de salud mental institucionalizada, cuánto confían en ellas y si están dispuestas a usar un sistema similar en otro lugar.

La privacidad del paciente también es un problema. Una persona dijo que su madre no se sentía cómoda hablando con familiares que proporcionaron servicios de traducción sobre su afección médica, lo que redujo la calidad de la visita y no se abordaron todas sus necesidades. Otra persona habló sobre recibir atención de varios proveedores. Fue necesario poner al día a cada nuevo proveedor con respecto a las experiencias de esta persona. Las personas se sentían agotadas por tener que contar historias, a veces muy difíciles, que afectaban su salud.

El sistema de salud mental de los Estados Unidos se basa en la cultura occidental en la que algunas personas hispanas o latinas no se ven reflejadas. Muchos proveedores de salud conductual son blancos y es posible que no comprendan los matices de la experiencia cultural y social de sus pacientes. A lo largo de estas líneas, los entrevistados citaron la importancia de la psicología de la liberación, que desafía las creencias tradicionales occidentales y ofrece una alternativa que aborda la opresión experimentada por personas y grupos.<sup>11</sup>

Otra observación interesante identificada por un miembro de la comunidad fue el impacto de la asimilación de una cultura en otra a lo largo del tiempo. Hablaron sobre cómo diferentes generaciones de una familia pueden tener diferentes impactos en la salud conductual en función de su experiencia al fusionarse con la cultura de los Estados Unidos. Las personas de la primera generación tienen experiencias diferentes a las de la segunda, tercera, cuarta, etc. Los tipos de problemas de salud conductual que podrían surgir para una generación pueden ser totalmente diferentes de los otros en función de su entorno vivido, cuánto tiempo ha estado la familia en los Estados Unidos y qué tan lejos están de la primera generación. La manera en que el sistema de salud conductual satisface las necesidades

de estas distintas generaciones es un componente importante de la atención de la salud conductual que debe tenerse en cuenta.

Uno de los mayores impactos en los miembros de la comunidad fue el costo y el acceso a la cobertura de seguro de calidad. Una persona compartió su experiencia de vivir con una afección de salud mental. Durante muchos años, su afección pudo controlarse. Sin embargo, experimentó contratiempos que requirieron más intervención. Esto generó costosas visitas de atención médica con su proveedor de salud conductual y costos adicionales de recetas. Otro miembro de la comunidad expresó una preocupación similar, diciendo que tenía varios trabajos, ninguno de los cuales le proporcionó cobertura de atención de la salud. El costo de comprar un seguro a través del mercado individual era demasiado alto, lo que los dejó sin opción alguna más que tener acceso a la atención a través de clínicas que, a veces, tienen largas listas de espera.

### Historias de proveedores de atención de la salud

Los proveedores con los que se comunicó CHI plantearon inquietudes similares. Un proveedor analizó la disponibilidad de exámenes de detección de la salud conductual en el idioma preferido del paciente. Estos formularios generalmente se proporcionan solamente en inglés, lo que lleva a una situación de “pérdida en la traducción”. Es posible que muchas personas que no hablan inglés no entiendan lo que firman o completan en los formularios proporcionados y, por lo general, reciben un diagnóstico erróneo como resultado. Y muchas veces, los únicos intérpretes disponibles hablan español, lo que no satisface las necesidades de otros grupos lingüísticos a los que el proveedor presta servicios.

Un proveedor también observó que los médicos parecían ser bruscos con los pacientes que no hablan inglés. No recopilan tanta información porque la visita a menudo es frustrante para ambas partes cuando hay una ruptura en la comunicación entre el proveedor y el paciente. En tal situación, es posible que el paciente no reciba el mismo nivel de atención debido a una barrera lingüística o sesgos culturales.

Un proveedor también destacó el acceso a la cobertura. Muchas personas no son elegibles para Medicaid u otros programas patrocinados por el gobierno, lo que las deja sin muchas opciones. Otro proveedor, que principalmente presta servicios a jóvenes en el condado de Adams, indicó que sus pacientes tendían a ser blancos, a pesar de tener una población de condados con más diversidad racial y étnica en comparación con el estado. Esto hizo que el proveedor cuestionara qué barreras impedían que los jóvenes de otras identidades raciales y étnicas buscaran servicios. Por ejemplo, las horas operativas de la clínica se registraron como una barrera para el acceso. Un proveedor dijo que ampliaron las horas más allá del horario de trabajo de las 8 a. m. a 5 p. m. para permitir que más personas recibieran el tratamiento necesario.

## Política y consideraciones programáticas

El acceso a los servicios de interpretación y traducción es un tema importante. Esto va más allá de tener traductores que hablan español; significa tener traductores e intérpretes que entiendan los contextos culturales y dialécticos de las personas que buscan atención. Más allá de los servicios lingüísticos, garantizar que las redes de proveedores eliminen cualquier sesgo cultural o racial que puedan tener reducirá las interacciones negativas entre los pacientes y los proveedores.<sup>1213</sup> Un cambio a largo plazo implica diversificar el personal de salud conductual. Un objetivo a corto plazo es capacitar a las actuales redes de salud conductual para que respondan responsablemente a las perspectivas culturales de cada persona a la que atienden.

Otro aspecto a tener en cuenta es comprender los tipos de traumas que un paciente puede haber experimentado. Con el tiempo, los patrones de migración han creado diversos grupos dentro de la comunidad hispana o latina en Colorado. El motivo por el que una persona o familia viene a los Estados Unidos puede ser muy diferente del de otra. Comprender lo que una persona lleva a una visita de salud conductual es un contexto importante.

Los datos proporcionados en este informe no capturan completamente las diferentes formas en que una persona puede recibir atención de la salud conductual. Muchas personas reciben ayuda a través del apoyo de sus pares, lo que puede proporcionar una alternativa más receptiva e inclusiva para las personas que han tenido experiencias negativas en el entorno de la atención de la salud conductual clásica.<sup>14</sup> Comprender e integrar más servicios de apoyo a los pares, así como también su financiación, podría ser un enfoque a corto plazo para ayudar a reforzar el sistema de atención de la salud conductual.

## Futuros rumbos

En los últimos tres años, CHI ha aumentado su conocimiento y experiencia en técnicas de desglose de datos para crear un enfoque de investigación que esté más impulsado por la equidad. Nuestros esfuerzos respecto al desglose de datos se han centrado en la comunidad hispana o latina, pero estos métodos podrían utilizarse para comprender mejor y elevar los problemas que afectan a otras comunidades diversas. Otro rumbo futuro podría ser usar los datos de CHAS de 2023 y combinarlos con los resultados de 2021 para perfeccionar aún más los modelos predictivos de desglose para identificar patrones de atención de la salud de más grupos dentro de la comunidad hispana o latina.

## Conclusión

Muchos miembros de la comunidad hispana o latina han recibido el diagnóstico de una afección de la salud conductual. Sin embargo, muchos más miembros no tienen acceso a la atención en la misma medida que otras personas dentro del estado. El sistema de atención de la salud conductual, al igual que el sistema de atención de la salud en general, es complejo. Obtener atención puede estar fuera del alcance, especialmente cuando uno no tiene cobertura de seguro que ayude a pagar los servicios. Es importante crear espacios y sistemas en los que las personas puedan verse y sentirse incluidas. Crear estos espacios dentro del sistema de atención de la salud es muy importante para garantizar que las personas continúen usando la atención de la salud conductual para satisfacer sus necesidades. Llevar esta información a las comunidades ayudará a las organizaciones, como CHI, a comprender más acerca de los próximos pasos necesarios para reducir las barreras y la carga que se les impone a los miembros de la comunidad que intentan obtener ayuda. El sistema debe funcionar para la persona, no al revés.

---

**Lindsey Whittington**, *Autora principal*

*Jeff Bontrager, Rachel Bowyer, Emily Leung  
y Robbin Meneses contribuyeron con este informe*

# Notas finales

- <sup>1</sup> Panchal, et al. Five Key Findings on Mental Health and Substance Use Disorders by Race/Ethnicity. (2022) <https://www.kff.org/mental-health/issue-brief/five-key-findings-on-mental-health-and-substance-use-disorders-by-race-ethnicity/#:~:text=WONDER%20Online%20Database.-,Overall%20rates%20of%20mental%20illness%20and%20substance%20use%20disorder%20are,compared%20to%20their%20White%20peers>
- <sup>2</sup> Colorado Health Institute. Language and Culturally Responsive Care in Colorado: Barriers, Access, and Room for Improvement. (2022) <https://www.coloradohealthinstitute.org/research/language-and-culturally-responsive-care-colorado>
- <sup>3</sup> United States Census Bureau. American Community Survey, 2022: ACS 1-Year Estimates Data Profiles. S1601 Language Spoken at Home dataset. (2023) <https://data.census.gov/table/ACSST1Y2022.S1601?q=language&g=040XX00US08>
- <sup>4</sup> Colorado Health Institute. 2021 Colorado Health Access Survey. (2021)
- <sup>5</sup> Kauh T, et al. The Critical Role of Racial/Ethnic Data Disaggregation for Health Equity. (2021) Population Research Policy Review. (40 (1): 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7791160/>
- <sup>6</sup> United States Census Bureau. American Community Survey, 2022: ACS 1-Year Estimates. DP05 ACS Demographic and Housing Estimates dataset. (2023) <https://data.census.gov/table/ACSDPIY2022.DP05?q=hispanic+or+latino+&g=040XX00US08>
- <sup>7</sup> United States Census Bureau. American Community Survey, 2022: ACS 1-Year Estimates. B03001 Hispanic or Latino Origin by Specific Origin dataset. (2023) <https://data.census.gov/table/ACSDTIY2022.B03001?q=hispanic+or+latino+>
- <sup>8</sup> Colorado Department of Health Care Policy and Financing. Behavioral Health Fee-for-Service (FFS) Benefits. (2023) <https://hcpf.colorado.gov/behavioral-ffs>
- <sup>9</sup> United States National Research Council on Hispanics in the United States. (Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos sobre Hispanos en los Estados Unidos). Hispanics and the Future of America. (2006) National Academies Press. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19910/#:~:text=Hispanics%20of%20Mexican%20origin%20are,a%20physician%20visit%20\(P%20%3C%20](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19910/#:~:text=Hispanics%20of%20Mexican%20origin%20are,a%20physician%20visit%20(P%20%3C%20)
- <sup>10</sup> Funk C y Lopez M. Hispanic Americans' experience with health care. Pew Research Center. (2022) <https://www.pewresearch.org/science/2022/06/14/hispanic-americans-experiences-with-health-care/>
- <sup>11</sup> Hocoy D, et al. Liberation Psychologies: An Invitation to Dialogue. (2023) Pacifica Graduate Institute. <https://www.pacifica.edu/degree-program/community-liberation-ecopsychology/what-is-liberation-psychology/>
- <sup>12</sup> Nair L., and Adetayo, O. Cultural Competence and Ethnic Diversity in Healthcare. (2019) International Open Access Journal of the American Society of Plastic Surgeons. 7(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6571328/>
- <sup>13</sup> Colorado Health Institute. Diverse State, Diverse Needs: Coloradans' Needs and Experiences Highlight Demand for Culturally Responsive Care. (2022) <https://www.coloradohealthinstitute.org/research/culturally-responsive-care-Colorado#:~:text=In%202.021%2C%20policymakers%20passed%20the,of%20the%20community%20it%20serves>
- <sup>14</sup> Naslund J, et al. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(2): 113-122. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830464/#:~:text=Identifying%20with%20a%20social%20group,social%20integration%20\(Davidson%20et%20al](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830464/#:~:text=Identifying%20with%20a%20social%20group,social%20integration%20(Davidson%20et%20al)



1999 Broadway, Suite 600 • Denver, CO 80202 • 303.831.4200  
[coloradohealthinstitute.org](http://coloradohealthinstitute.org)

