

Para nadie es un secreto que, como grupo, los estadounidenses de origen africano, los de origen hispanoamericano y otras minorías raciales y étnicas tienen una experiencia diferente con el sistema de asistencia sanitaria que los blancos no hispanos. Por comparación con los blancos, es más probable que los grupos de población minoritarios carezcan de seguro médico, lo que obedece en parte a que sus ingresos son inferiores a los de los blancos.* Y aun cuando los pacientes de un grupo minoritario tengan un seguro al mismo nivel que un paciente blanco, reciben menos asistencia, y ésta es de menor calidad, frente a las mismas enfermedades.

**A menos que se indique otra cosa, en el presente capítulo por "blancos" se entiende las personas de raza blanca que no son hispanas.*

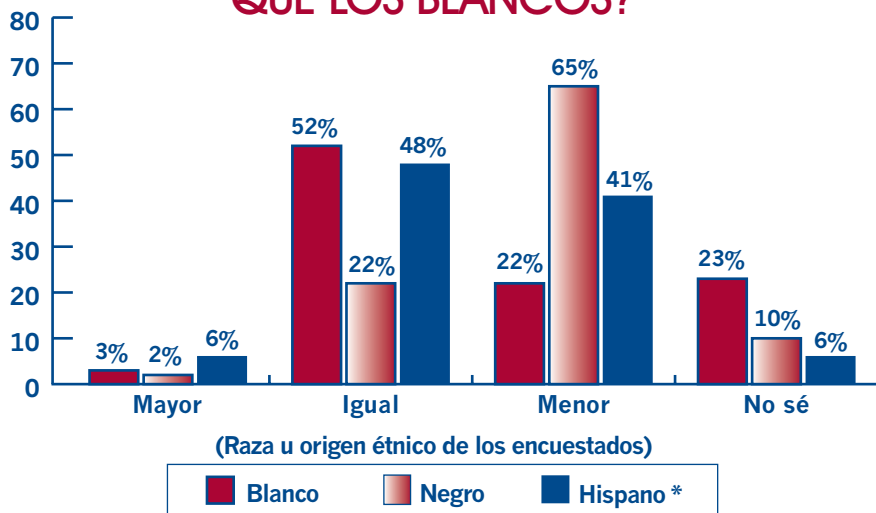
En general, las minorías están menos sanas que la población blanca. En años recientes, esta combinación de disparidades de la salud y la asistencia sanitaria ha recibido considerable atención de los formuladores de políticas, por ejemplo:

- Eliminar las disparidades sanitarias es una de las dos metas supremas de *Healthy People 2010* [Un pueblo sano, 2010], informe elaborado por varias dependencias del gobierno federal en el que se enuncian los objetivos sanitarios fundamentales del país.

DATOS FUNDAMENTALES

- La salud de las personas que pertenecen a minorías y todavía no han llegado a la vejez es muy diferente de la de los blancos. Diecisiete por ciento de los hispanoamericanos (que pueden ser de cualquier raza) y 16 por ciento de los negros consideran que su estado de salud es regular o malo, en comparación con 10 por ciento de los blancos que no son hispanoamericanos.^a
- Los blancos viven mucho más tiempo que los negros. Los negros de sexo masculino tienen una esperanza de vida de 68,6 años y los blancos de sexo masculino, de 75 años. La esperanza de vida de las mujeres negras es de 75,5 años, mientras que la de las blancas es de 80,2 años.^b
- Las personas de bajos ingresos gozan de inferior salud, y los hispanos y afroestadounidenses suelen ganar menos que los blancos.^c
- Tener un proveedor de asistencia sanitaria fijo es indicio de que se tiene acceso a servicios de salud preventivos, entre otros. Alrededor de 30 por ciento de los hispanos (de cualquier raza) y 19 por ciento de los negros declaran no tener un proveedor de asistencia sanitaria fijo, a diferencia de 17 por ciento de los blancos que no son hispanos.^d
- Los niños hispanos (de cualquier raza) son dos veces más propensos que los blancos a no tener un proveedor de asistencia sanitaria fijo (17 por ciento frente a 7 por ciento, respectivamente).^e
- Las personas de grupos minoritarios carecen de seguro médico con mucha más frecuencia que los blancos. La fracción de personas sin seguro médico varía en función de la raza y el grupo étnico: 32,7 por ciento de los hispanoamericanos (de cualquier raza), 19,6 por ciento de los negros y 18,8 por ciento de los asiáticos, por comparación con 11,1 por ciento de los blancos que no son hispanoamericanos.^f
- En 2003, 7,4 por ciento de los niños blancos no hispanos carecían de seguro médico, por comparación con 14,5 por ciento de los niños negros, 12,4 por ciento de los niños de origen asiático y de las islas del sur del Pacífico y 21 por ciento de los niños hispanos.^g
- El acceso a un seguro médico costado por el empleador varía en función de la raza y el grupo étnico. En 2003, 72 por ciento de los blancos no hispanos tenían un seguro pagado por el empleador, por comparación con 53 por ciento de los negros, 63 por ciento de las personas de origen asiático y de las islas del sur del Pacífico y 42 por ciento de los hispanos.^h
- Aun cuando las personas de grupos minoritarios tengan una cobertura médica al mismo nivel que los blancos, la atención que reciben es de inferior calidad.ⁱ

“¿RECIBEN LAS MINORÍAS UNA ASISTENCIA DE CALIDAD MAYOR, IGUAL O MENOR QUE LOS BLANCOS?”



* Los hispanos pueden ser de cualquier raza.

Fuente: Harvard Forums on Health (2003). "Americans Speak Out on Disparities in Health Care: Results of a National Poll " (www.phsi.harvard.edu/health_reform/poll_media_report_disparities.pdf)

sobre la necesidad de actuar a escala nacional para combatir las disparidades sanitarias, la conciencia con respecto al problema es mucho menos evidente entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria. La mayoría de los ciudadanos blancos creen que el ciudadano de ascendencia africana "promedio" recibe una asistencia de igual o mejor calidad que el paciente blanco promedio. (Véase el gráfico "¿Reciben las minorías una asistencia de calidad mayor, igual o menor que los blancos?") De manera análoga, 70 por ciento de los médicos creen que las minorías "raras veces" o "nunca" son tratadas injustamente en el sistema de asistencia sanitaria.²

- *Unequal Treatment* [Tratamiento desigual], informe publicado en 2002 por el acreditado Instituto de Medicina (IOM), en el que se resume una enorme variedad de estudios sobre las disparidades. Un hallazgo sobresaliente es que las minorías reciben una asistencia sanitaria de calidad inferior a la que reciben los blancos, aunque se hagan ajustes para tener en cuenta las diferencias de ingresos y la situación con respecto al seguro médico.
- El National Healthcare Disparities Report [Informe nacional sobre las disparidades de la asistencia sanitaria], producido por vez primera en febrero de 2004 por el Departamento de Salud y Servicios Sociales, concluye entre otras cosas que las minorías reciben menos asistencia, y ésta es de menor calidad, que los blancos. Al presentar este informe, Tommy Thompson, Secretario de Salud y Servicios Sociales, dijo: "Las comunidades de color sufren desproporcionadamente [muchas enfermedades]. Eliminar [esas disparidades] es una prioridad del HHS".¹

Si bien es posible que pueda estar surgiendo un consenso bipartidista entre los formuladores de políticas

La necesidad de reducir las disparidades crece cada año. La Oficina del Censo calcula que las llamadas minorías constituirán casi la mitad de la población de Estados Unidos en 2050. (Véase el gráfico "Distribución de la población de Estados Unidos por raza y origen hispano: 2000, 2050.")

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LAS DISPARIDADES?

La raza o el grupo étnico no condenan forzosamente a una persona a tener mala salud ni a carecer de acceso a la asistencia sanitaria de buena calidad. Los que intervienen son otros factores vinculados con la raza y el grupo étnico, en particular, los ingresos. Quienes reciben ingresos más altos disfrutan de una mejor salud.³ Y los ingresos de las minorías constantemente van a la zaga de los de los blancos. En 2003, alrededor de 24 por ciento de los negros y 22 por ciento de los hispanos tenían ingresos por debajo del umbral federal de pobreza, por comparación con sólo 10 por ciento de los blancos.⁴

Asimismo, es mucho más probable que las minorías carezcan de seguro médico, por comparación con los blancos. (Véase el gráfico "Personas sin seguro médico,

según la raza o el grupo étnico, 2003.") Las personas de ascendencia africana tienen dos veces más probabilidades de carecer de seguro que las de raza blanca; las probabilidades son tres veces mayores para los llamados latinos.⁵ Carecer de seguro médico puede ser peligroso para la salud, según una amplia variedad de estudios realizados, entre otros, por el Instituto de Medicina, entidad creada por decreto federal pero carente de afiliación partidaria. Las personas que no tienen seguro médico suelen prescindir de la asistencia o la demoran. Según el IOM, se calcula que cada año mueren 18.000 adultos porque no tenían seguro médico o no pudieron obtener asistencia médica apropiada.⁶

Estado de salud

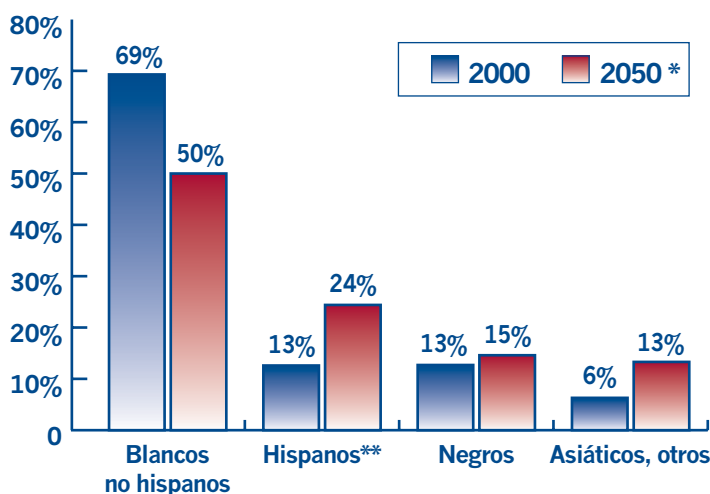
Las minorías padecen más problemas de salud, y éstos son más graves, que los blancos. Entre los adultos que no son ancianos, un 10 por ciento de los blancos notifican que su salud es "regular o mala", frente a 17 por ciento de los hispanos y 16 por ciento de los negros.⁷ En las minorías se registran tasas significativamente más altas de cáncer, cardiopatías, diabetes y sida que en los blancos.^{8, 9, 10} El cáncer del cuello uterino tiene una frecuencia en las mujeres de origen vietnamita casi cinco veces mayor que en las blancas (43 casos por 100.000 frente a 8,7 casos por 100.000).¹¹

El acceso a la asistencia médica de buena calidad

Aun cuando los pacientes de grupos minoritarios estén asegurados a un nivel equivalente y tengan ingresos semejantes, un buen número de las investigaciones revelan que las minorías tienden a recibir una atención de menor calidad para las mismas enfermedades o problemas de salud. He aquí algunos resultados de esas investigaciones:

- La revisión reciente de 81 estudios de la asistencia de enfermos cardíacos reveló que 68 por ciento de ellos notificaron diferencias de origen racial o étnico en la asistencia de al menos un grupo minoritario.¹²
- También hay carencia de servicios preventivos para las minorías. En el año 2000, las mujeres pertenecientes a las minorías recibieron consider-

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTADOS UNIDOS POR RAZA Y ORIGEN HISPANO: 2000, 2050



* Proyectado ** Los hispanos pueden ser de cualquier raza

Fuente: U.S. Census Bureau (2004).
(www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/population/001720.html)

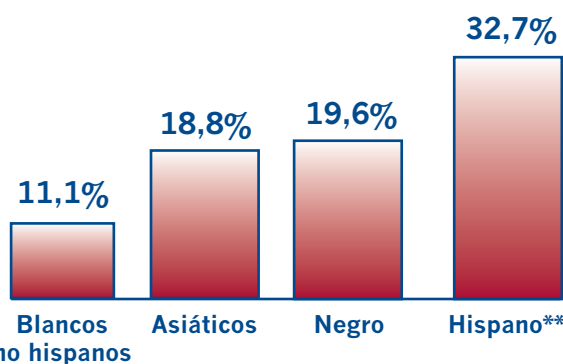
ablemente menos tamizajes de cáncer de mama y del cuello uterino que las mujeres blancas.¹³

- Por comparación con los blancos, es más probable que el cáncer de mama
- el colorrectal se diagnostiquen en un estadio más avanzado en las minorías.¹⁴
- Los negros tienen tasas más altas que los blancos de ingresos hospitalarios que pudieron haberse evitado.¹⁵

La necesidad de contar con mejores datos acerca de las disparidades

Una parte del problema que supone el tratar de remediar las disparidades de origen racial y étnico en el estado de salud y la asistencia médica es que no se conoce bien la magnitud del problema y sus consecuencias. Hay "muy pocos datos sobre las disparidades — y muchos menos sobre las causas de éstas — de los grupos distintos de los afroestado-unidenses y los blancos", según declaró la Dra. Risa Lavizzo-Mourey, de la Fundación Robert Wood Johnson, en una audiencia de Alliance for Health Care Reform celebrada en Capitoll Hill en octubre de

PERSONAS SIN SEGURO MÉDICO, SEGÚN LA RAZA O EL GRUPO ÉTNICO, 2003*



Porcentajes = proporción de cada grupo que no estaban asegurados.

* Sin seguro durante todo el año 2003

** Los hispanos pueden ser de cualquier raza

Fuente: U.S. Census Bureau (2004). (www.census.gov/hhes/www/hlthins.html).

2003.¹⁶ En esa misma ocasión, Carolyn Clancy, del Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria, de carácter federal, dijo que los datos gubernamentales actuales eran incompletos y nunca se habían reunido hasta que su dependencia lo hizo en 2004 con motivo de la preparación de un informe para el Congreso que se presentaría en 2004. "Si uno no tiene datos — dijo la Dra. Clancy — no puede mejorar..."¹⁷ Las fuentes privadas de información sobre la raza y el grupo étnico también son incompletas. En una encuesta de los planes de seguro médico realizada en 2004 se observó que, según las aseguradoras que respondieron, tan sólo 54 por ciento de las personas están afiliadas a planes que reúnen estos datos.¹⁸

POSIBLES CAUSAS DE LAS DISPARIDADES DE ORIGEN RACIAL Y ÉTNICO

Informes recientes señalan varias posibles causas de las disparidades de origen racial y étnico en materia de salud y asistencia sanitaria, además de las mencionadas líneas arriba.

Geografía — Para algunas enfermedades, el lugar donde viven los pacientes es más importante para su salud que sus antecedentes raciales o étnicos. Por ejemplo, los investigadores examinaron por qué razón

las tasas de operación para el remplazo quirúrgico de la rodilla eran menores en las minorías que en los blancos. Lo que descubrieron fue que, a escala nacional, las disparidades se debían en parte a diferencias geográficas más bien que a diferencias en las tasas de intervención quirúrgica de los blancos y las minorías dentro de cada zona geográfica. Los investigadores observaron, por ejemplo, que las mujeres hispanas tienden a vivir en zonas con tasas bajas de cirugía de rodilla para todos los pacientes.¹⁹

Dificultades de comunicación — Muchos pacientes de grupos minoritarios experimentan dificultades para comunicarse con el personal que presta servicios médicos. Algunos no hablan bien el inglés y otros no lo hablan en absoluto. Es frecuente que no puedan encontrar personal sanitario que hable su lengua. En un estudio reciente, se comprobó que una quinta parte de los hispanos que hablan español no buscaron tratamiento médico a causa de las barreras de lenguaje.²⁰

Los estereotipos del personal sanitario — Muchos miembros del personal sanitario tienen ideas preconcebidas, a menudo inconscientes, acerca de las minorías que pueden influir en la calidad de la asistencia que brindan a éstas. Se ha comprobado que a veces los médicos piensan que los negros son menos inteligentes que los blancos, tienen menos instrucción, son más propensos a abusar de las drogas y el alcohol, tienden a desatender las instrucciones del médico y probablemente carecen de apoyo social.²¹

Escasez de personal — Es frecuente que las comunidades minoritarias tengan menos fuentes de atención médica que las comunidades blancas; a veces, carecen por completo de ellas. Alrededor de 28 por ciento de los negros y 30 por ciento de los hispanos —por comparación con tan sólo 16 por ciento de los blancos— notificaron tener pocas opciones o ninguna opción para buscar atención.²²

Escasez de personal sanitario perteneciente a las minorías — Las minorías tienen una representación escasa en las profesiones sanitarias. Esto es particularmente importante porque los profesionales sanitarios que pertenecen a una minoría tienden más que los blancos a prestar servicio a las comunidades minoritarias y desatendidas desde el punto de vista médico. Según otro informe del Instituto de Medicina

sobre la diversidad en el personal de asistencia sanitaria, los hispanos constituyen 12 por ciento de los residentes del país pero sólo representan 3,5 por ciento de los médicos, 3,4 por ciento de los psicólogos y 2 por ciento de las enfermeras. Los negros constituyen una octava parte de la población del país, pero sólo representan la vigésima parte de los médicos y los dentistas. Por el contrario, 19,8 por ciento de los egresados de las facultades de medicina son de ascendencia oriental o de las Islas del Pacífico, no obstante que constituyen tan sólo 4 por ciento de la población.²³

DEBATES Y PROPUESTAS ACTUALES EN MATERIA DE POLÍTICAS

Como se menciona líneas arriba, los formuladores de políticas están empezando a reconocer la importancia de eliminar las disparidades de origen racial y étnico en nuestro sistema de asistencia sanitaria. El gobierno federal se ha fijado la meta, que se enuncia en Healthy People 2010, de eliminar esa disparidad.

Para lograrla, se están considerando muchas posibles medidas. Muchos de los temas que se mencionan a continuación son considerados en la legislación patrocinada por el senador Bill Frist y otros en la Ley para acabar con las deficiencias de la asistencia sanitaria, presentada en febrero de 2004 (S. 2091),²⁴ y por el diputado Elijah Cummings, el senador Tom Daschle y otros en la Ley de igualdad y responsabilización en materia de asistencia sanitaria de 2003²⁵ (H.R. 3459, S. 1833).

Ampliación de la cobertura de atención médica — Como las minorías carecen desproporcionadamente de cobertura y como ésta es un vínculo tan importante para recibir asistencia de buena calidad, las iniciativas para proporcionar seguro médico a más personas pueden tener un efecto considerable sobre las disparidades. (Véase el capítulo 1, "Las personas sin seguro," donde se da una descripción más completa.

Mejoramiento de las redes de protección — Aun si no tienen seguro médico, muchos grupos minoritarios podrían tener mejor acceso a la atención de buena calidad si los establecimientos que constituyen la red de protección, como los centros de salud comunitarios, estuviesen mejor equipados y dotados de personal. Se están debatiendo varias iniciativas en el Congreso para

LAS OPINIONES DE LOS CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA

El senador Kerry sostiene que "luchará para eliminar las disparidades de salud que persisten y están determinadas por factores raciales y económicos". Esta afirmación viene a complementar lo que sostiene la plataforma política del Partido Demócrata para 2004, la cual hace un llamado a luchar contra las disparidades de origen racial y étnico "aumentando la investigación y la capacitación en la profesión médica, derribando las barreras de lenguaje y dando asistencia sanitaria de buena calidad a todos los ciudadanos". La plataforma también propone apoyar que "más estudiantes de los grupos minoritarios estudien ciencias de la salud".²⁷

En diciembre de 2003, el Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria (AHRQ), parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales del gobierno de Bush, publicó un estudio detallado, el "Informe sobre las disparidades nacionales en materia de asistencia sanitaria", y se propone publicar un nuevo informe cada año.²⁸ En dicho informe se mencionaron considerables disparidades de origen racial y étnico en el acceso a la atención médica, el tratamiento y los resultados. Se señalaron también varias formas de reducir las disparidades, entre ellas procurar que los médicos tengan un mejor acceso a información científica sobre el diagnóstico y el tratamiento para así evitar la posibilidad de sesgos.

lograr mejoras en esta esfera.

Educación de los profesionales sanitarios — Se han formulado propuestas por varios legisladores del Congreso para que se elaboren materiales pedagógicos destinados a que las escuelas que forman a LOS profesionales sanitarios procuren crear en éstos una mayor conciencia de las diferencias culturales de la población. Hay además propuestas enderezadas a apoyar programas, muchos en asociación con universidades y centros de enseñanza superior que históricamente han sido predominantemente negros, para aumentar la diversidad de los profesionales sanitarios.

Mejores datos — Los legisladores han ofrecido planes para ampliar la investigación sobre las disparidades tanto desde el punto de vista clínico como del de los sistemas de salud. Por ejemplo, el proyecto de ley del senador Frist velaría por que, al medir la calidad de la salud, las dependencias federales lo hicieran de manera

uniforme. Ello facilitaría puntos de referencia claros para evaluar el progreso logrado en la eliminación de las disparidades.²⁶

En vista del crecimiento que experimentará la población minoritaria en los próximos años, la manera en que el sistema de asistencia sanitaria responda a las necesidades de ésta bien podría determinar la manera como el sistema funciona para todos los ciudadanos.

IDEAS PARA UNA NOTA O REPORTAJE

- ¿Cómo se comparan el número y la distribución de los médicos y otros profesionales sanitarios pertenecientes a grupos minoritarios con la población minoritaria de su comunidad?
- ¿Cuál es la disponibilidad de personal sanitario que habla otras lenguas distintas del inglés? El personal sanitario ¿tiene sensibilidad cultural con respecto a los grupos minoritarios?
- ¿Qué medidas están adoptando las facultades de medicina y enfermería de la zona para aumentar el número de aspirantes y egresados pertenecientes a grupos minoritarios?
- Hable con las secciones locales de grupos promotores vinculados con enfermedades específicas. Averigüe qué medidas especiales están aplicando para llegar a los grupos de población minoritarios en los que la enfermedad tiene una incidencia elevada.
- Algunas aseguradoras y sistema de salud han empezado a mejorar los datos que reúnen acerca de las experiencias de los grupos minoritarios con la asistencia sanitaria. ¿Se está haciendo esto en la zona donde usted vive? ¿Cómo está funcionando esta estrategia? ¿Opinan los grupos minoritarios que la obtención de datos es necesaria o les parece una intromisión en su vida privada? En una encuesta realizada en el otoño de 2003, un número considerable de personas de origen africano manifestaron su oposición a que se intentara obtener información racial.²⁹
- Visite un centro de salud comunitario localizado en una zona donde haya muchos habitantes de grupos minoritarios. ¿Cuánto tiempo deben esperar los

pacientes para ser atendidos por el médico? ¿Hay personal que hable las lenguas necesarias? ¿El financiamiento del centro está en peligro, es estable o está mejorando?

FUENTES Y SITIOS WEB

Analistas o promotores de la causa

Joseph Betancourt, *Department of Medicine and Health Policy Senior Scientist*, Massachusetts General Hospital, 617/724-9713

M. Gregg Bloche, *Professor of Law, Co-Director, Georgetown-Johns Hopkins Joint Program in Law and Public Health*, Georgetown University, 202/662-9123

Suzanne Bronheim, *Associate Professor*, Georgetown University Center for Child and Human Development, National Center for Cultural Competence, 202/687-8914

Olivia Carter-Pokras, *Associate Professor*, University of Maryland School of Medicine, 410/706-0463

Gem Daus, *Director of Policy*, Asian and Pacific Islander American Health Forum, 202/466-7772

Karen Davis, *President*, Commonwealth Fund, 212/606-3800

Jose Escarce, *Professor of Medicine at UCLA and Senior Scientist*, Rand Corporation, 310/393-0411

Adolph Falcon, *Vice President*, Center for Science and Health Policy, National Alliance for Hispanic Health, 202/387-5000

Aida Giachello, *Assistant Professor and Director of the Midwest Latino Health Research Training and Policy Center*, University of Illinois at Chicago, 312/413-1952

Paul Ginsburg, *President*, Center for Studying Health System Change, 202/484-5261

J. Lee Hargraves, *Senior Health Researcher*, Center for Studying Health System Change, 202/484-5261

David Hayes-Bautista, *Director*, UCLA Center for the Study of Latino Health and Culture, 310/794-0663

Minna Jung, *Communications Officer*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609/627-5752

Paul Akio Kawata, *Executive Director*, National Minority AIDS Center, 202/483-6622

Leighton Ku, *Senior Fellow of Health Policy*, Center on Budget and Policy Priorities, 202/408-1080

Risa Lavizzo-Mourey, *President and CEO*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609/452-8701

Marsha Lillie-Blanton, *Vice President and Director Access to Care for Vulnerable Populations*, Kaiser Family Foundation, 202/347-5270

Kathleen Maloy, *Associate Research Professor in the Department of Health Policy in the School of Public Health and Health Services*, The George Washington University, 202/530-2368

Evelyn Moore, *President and CEO*, National Black Child Development Institute, 202/833-2220

David Nerenz, *Health Care Director and Professor*, Michigan State University, Institute for Health Care Studies, 517/432-4326

Edwin Park, *Health Policy Analyst*, Center on Budget and Policy Priorities, 202/408-1080

Diane Rowland, *Executive Vice President and Executive Director, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured*, Kaiser Family Foundation, 202/347-5270

Eric Schneider, *Assistant Professor in the Department of Health Policy and Management*, Harvard School of Public Health, 617/432-3124

Claudia Schur, *Principal Research Scientist*, NORC, 301/951-5072

Brian Smedley, *Senior Program Officer*, Institute of Medicine, 202/334-1755

Mark Smith, *President & CEO*, California Healthcare Foundation, 510/238-1040

Eddie Williams, *Director*, Joint Center for Political/Economic Studies, 202/789-3500

Roberta Wyn, *Associate Director*, UCLA Center for Health Policy Research, 310/794-2692

Mara Youdelman, *Staff Attorney*, National Health Law Program, 202/289-7661

Ruth Zambrana, *Professor of Women's Studies*, University of Maryland, 301/405-0451

Funcionarios del gobierno

Carolyn Clancy, *Director*, AHRQ, 301/427-1364

Len Epstein, *Senior Advisor on Quality and Culture Quality Center*, HRSA, 301/594-3803

Joan Henneberry, *Director of the Health Policy Studies Division*, National Governors Association, 202/624-3644

Roberto Ramirez, *Statistician, Ethnic and Hispanic Statistics Branch*, U.S. Census Bureau, 301/763-6044

Weldon J. Rougeau, *President*, Congressional Black Caucus Foundation, 202/263-2800

John Ruffin, *Director*, National Center on Minority Health, 301/402-1366

Nathan Stinson, *Deputy Assistant Secretary for Minority Health and Director of the Office of Minority Health*, DHHS, 301/443-5084

Daniel Thomas, *Senior Health Policy Consultant*, National Black Caucus of State Legislators, 301/871-2624

Robin Weinick, *Senior Advisor for Intramural Research; Senior Advisor for Safety Nets and Low Income Populations*, Agency for Healthcare Research and Quality, 301/427-1573

Joy Wilson, *Director of the Health Committee*, National Conference of State Legislatures, 202/624-5400

Interesados directos

Eduardo Aguilu, *Deputy Chief Executive Officer*, Latino Health Institute, 617/350-6900

Millicent Gorham, *Executive Director*, National Black Nurses Association, 301/589-3200

Mary Grealy, *President*, Healthcare Leadership Council, 202/452-8700

Luis Guevara, *Manager of Cross Cultural Training*, Cross Cultural Training, White Memorial Medical Center, 323/260-5789

Daniel Hawkins, *Director of Policy*, National Association of Community Health Centers, 202/296-0131

Karen Ignagni, *President and CEO*, America's Health Insurance Plans, 202/778-3200

Father Michael Place, *President and Chief Executive Officer*, Catholic Health Association, 314/427-2500

Elena Rios, *President*, National Hispanic Medical Association, 202/628-5895

John Rowe, *Chief Executive Officer*, Aetna, 860/273-0123

Roger Schwartz, *Legislative Counsel and Director of State Affairs*, National Association of Community Health Centers, 202/296-0158

Doug Suh, *Policy Planning Director*, Asian Health Services, 510/986-0830, x 262

Reed V. Tuckson, M.D., *Senior Vice President, Consumer Health and Medical Care Advancement*, UnitedHealth Group, 952/936-1253

Sitios en la web

Agency for Healthcare Research and Quality
www.ahrq.gov

Alliance for Health Reform
www.allhealth.org

Asian and Pacific Islander Health Forum
www.apiahf.org

BlackHealthCare.com
www.blackhealthcare.com

California HealthCare Foundation
www.chcf.org

Center for Studying Health System Change
www.hschange.org

Center for the Study of Latino Health and Culture
www.cesla.med.ucla.edu/glossary.htm

The Commonwealth Fund
www.cmwf.org

Congressional Black Caucus Foundation
www.cbcbonline.org

Covering the Uninsured
www.coveringtheuninsured.org

Cross Cultural Health Care Program
www.xculture.org

DHHS Office of Minority Health
www.omhrc.gov

Families USA
www.familiesusa.org

Healthy People 2010
www.healthypeople.gov

Institute of Medicine
www.iom.edu

Kaiser Family Foundation
www.kff.org

Latino Health Institute
www.lhi.org

Minority Health Project, UNC at Chapel Hill
www.minority.unc.edu

National Alliance for Hispanic Health
www.hispanichealth.org

National Association of Community Health Centers
www.nachc.org

National Black Caucus of State Legislators
www.nbcsl.com

National Black Nurses Association
www.nbna.org

National Center on Minority Health and Health Disparities
ncmhd.nih.gov

National Congress of American Indians
www.ncai.org/

National Council of La Raza
www.nclr.org

National Health Law Program
www.healthlaw.org

National Hispanic Medical Association
www.nhmamd.org

National Immigration Forum
www.immigrationforum.org

National Immigration Law Center
www.nilc.org

National Medical Association
www.nmanet.org

National Minority AIDS Council
www.nmac.org

Office of Minority Health Resource Center
www.omhrc.gov

Resources for Cross Cultural Health Care
www.diversityrx.org/HTML/WERCCH.htm

The Robert Wood Johnson Foundation
www.rwjf.org

Urban Institute
www.urban.org

NOTAS FINALES

- a AHRQ/Agency for Healthcare Research and Quality (2000). "Addressing Racial and Ethnic Disparities in Health Care." (Fact Sheet No. 00-PO41). February. (<http://www.ahrq.gov/research/disparit.htm>).
- b The Department of Health and Human Services (2004). "HHS and Partners Seek to Eliminate Health Disparities Among Minority Populations." (Fact Sheet). (<http://www.healthgap.omhrc.gov/2004factsheet.htm>).
- c National Center for Health Statistics (2003). "Health, United States, 2003: with Chartbook on Trends in the Health of Americans." (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs03.pdf>); U.S. Census Bureau (2004). "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003." August. (<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>) Retrieved Aug. 26, 2004.
- d The Department of Health and Human Services (2002). "Health, United States, 2002." Table 78 (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs02.pdf>).
- e The Department of Health and Human Services (2002). "Health, United States, 2002." Table 76 (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs02.pdf>).
- f U.S. Census Bureau (2004). "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003." Aug. 26, p.15. (<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>). Retrieved Aug. 26, 2004.
- g U.S. Census Bureau (2004). "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003." Aug. 26, p.15. (<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>). Retrieved Aug. 26, 2004.
- h The Kaiser Family Foundation (2003). "Key Facts: Race, Ethnicity & Medical Care." June. (<http://www.kff.org/minorityhealth/6069-index.cfm>).
- i Smedley, Brian D., Adrienne Y. Stith, & Alan R. Nelson (eds.) (2002). "Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare." Institute of Medicine of the National Academies. (<http://www.iom.edu/report.asp?id=4475>).
- 1 AHRQ/Agency for Healthcare Research and Quality (2004). "National Healthcare Disparities Report." February. (<http://www.ahrq.gov/qual/nhdr03/nhdrsum03.htm>).
- 2 The Kaiser Family Foundation (2002). "National Survey of Physicians, Part I: Doctors on Disparities in Medical Care." March. (<http://www.kff.org/minorityhealth/20020321a-index.cfm>).
- 3 National Center for Health Statistics (2003). "Health, United States, 2003: with Chartbook on Trends in the Health of Americans." (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs03.pdf>).
- 4 U.S. Census Bureau (2004). "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003." August. (<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>) Retrieved Aug. 26, 2004.
- 5 U.S. Census Bureau (2003). "Health Insurance Coverage in the United States: 2002." September. (<http://www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf>).
- 6 Institute of Medicine, (2002). "Care Without Coverage: Too Little, Too Late." Washington DC, National Academies Press. (<http://www.nap.edu/books/0309083435/html/index.html>).
- 7 AHRQ/Agency for Healthcare Research and Quality (2000). "Improving Health Care for Minority and Other Vulnerable Populations." Rockville, MD. February. (<http://www.ahrq.gov/research/minorhlth.htm>).
- 8 Lillie-Blanton, Marsha, Osula Evadne Rushing, & Sonia Ruiz (2003). "Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care." The Kaiser Family Foundation, June. (http://www.kff.org/minorityhealth/upload/14366_1.pdf).
- 9 Smedley, Brian D., Adrienne Y. Stith, & Alan R. Nelson (eds.) (2002). "Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare." Institute of Medicine of the National Academies. (<http://www.iom.edu/report.asp?id=4475>).
- 10 U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2002). "HIV/AIDS Surveillance Report 2002." 14: 6-14. (<http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1402/2002SurveillanceReport.pdf>).

- 11 National Cancer Institute. "Racial/Ethnic Patterns of Cancer in the United States, 1988-1992: Cervix/Uteri." (<http://seer.cancer.gov/publications/ethnicity/cervix.pdf>) Retrieved August 6, 2004.
- 12 Lillie-Blanton, Marsha, Osula Evadne Rushing, & Sonia Ruiz (2002). "Racial/Ethnic Differences in Cardiac Care: The Weight of the Evidence." The Kaiser Family Foundation and The American College of Cardiology Foundation. October. (<http://www.kff.org/uninsured/20021009c-index.cfm>).
- 13 American Cancer Society (2003). "Cancer Prevention and Early Detection: Facts and Figures." (http://www.cancer.org/docroot/STT/stt_0_2003.asp?sitearea=STT&level=1). Retrieved April 21, 2004.
- 14 AHRQ/Agency for Healthcare Research and Quality (2004). "National Healthcare Disparities Report." February. (http://qualitytools.ahrq.gov/disparitiesreport/documents/july%20.pdfs/3.quality_ss_0708.pdf)
- 15 AHRQ/Agency for Healthcare Research and Quality (2004). Summary, p. 6.
- 16 Risa Lavizzo-Mourey (2003). "Racial and Ethnic Disparities in Health Care: Closing the Gap." Alliance for Health Reform, Washington, DC, transcript, p. 45 (October 10).
- 17 Risa Lavizzo-Mourey (2003). "Racial and Ethnic Disparities in Health Care: Closing the Gap." Alliance for Health Reform, Washington, DC, transcript, p. 22 (October 10).
- 18 America's Health Insurance Plans (2004). "Health Insurance Plans Address Disparities in Care: Highlights of a 2004 AHIP/RWJF Quantitative Survey Collection and Use of Data on Race and Ethnicity." ([http://www.rwjf.org/research/files/AHIPRWJFSurveyResultAddressingDisparitiesinCare%20\(2\)-Highlights.doc](http://www.rwjf.org/research/files/AHIPRWJFSurveyResultAddressingDisparitiesinCare%20(2)-Highlights.doc)).
- 19 Skinner J, Weinstein JN, Sporer SM, Wennberg JE. (2003) "Racial Ethnic and Geographic Disparities in Rates of Knee Arthroplasty Among Medicare Patients." *New England Journal of Medicine* Oct 2; 349 (14):1350-9.
- 20 Robert Wood Johnson Foundation (2001). "New Survey Shows Language Barriers Causing Many Spanish-Speaking Latinos to Skip Care." News Release, December 12. (<http://www.rwjf.org/news/releaseDetail.jsp?id=1042418640521&contentgroup=rwjfrelease>). Retrieved April 14, 2004.
- 21 Van Ryn M., & Burke J. (2000). "The Effect of Patient Race and Socio-Economic Status on Physician's Perceptions of Patients." *Social Science and Medicine*, 50:813-828.
- 22 Collins, K.S. & Hall A, & Neuhaus C. (1999). "US Minority Health: A Chartbook." New York: The Commonwealth Fund. (http://www.cmwf.org/programs/minority/collins_minority_chartbook_321.pdf).
- 23 Smedley, Brian D., Adrienne Y. Stith, & Alan R. Nelson (eds) (2004). "Figure 1-5 Total Physicians by Race/Ethnicity 2000," p. 35. In *the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce*. Institute of Medicine. (<http://www.nap.edu/books/030909125X/html/>).
- 24 Sen. Frist, Bill & Sen. Mary Landrieu (2004). "Closing the Health Care Gap Act of 2004" (S.2091) (<http://thomas.loc.gov>).
- 25 Rep. Cummings, Elijah et al (2003). "Healthcare Equality and Accountability Act of 2003" (H.R. 3459, S. 1833) (<http://thomas.loc.gov>).
- 26 Office of the Majority Leader William H. Frist, M.D. (2004). "Closing the Health Care Gap: Legislative Summary." (http://frist.senate.gov/_files/HealthDisparitiesSummFINAL.pdf). Retrieved August 2, 2004.
- 27 Democratic Platform Standing Committee (2004). "Strong at Home, Respected in the World." July 10. (<http://a9.g.akamai.net/7/9/8082/v001/www.democrats.org/pdfs/2004platform.pdf>). Retrieved August 30.
- 28 Robeznieks, Andis. Amednews.com (2004). "Disparities in care still undercut quality progress." January 19, 2004. (<http://www.ama-assn.org/amednews/2004/01/19/prl20119.htm>). Retrieved August 24, 2004.
- 29 Public Opinion Strategies (2003). "Key Findings from a National Survey Conducted Among Adults Who Have Health Care Coverage on Behalf of The Robert Wood Johnson Foundation on the Issue of Disparities in Health Care." September 7-22. (<http://www.rwjf.org/news/POShortMemo.pdf>).