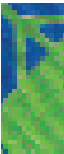



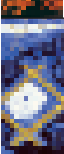


CAMINOS HACIA LA IGUALDAD EN SALUD:
Cómo eliminar las disparidades raciales y étnicas en Connecticut

Recomendaciones del Panel de Políticas sobre Disparidades
Raciales y Étnicas en Salud de Connecticut Health Foundation
(Fundación de Salud de Connecticut)

Marzo de 2005

Índice

	Compendio Ejecutivo	7
	Un Vistazo a las Recomendaciones	9
<hr/>		
	Introducción	13
<hr/>		
	Recomendaciones y Análisis Razonados	19
<hr/>		
	Miembros del Panel de Políticas	39
	Reconocimientos	42
<hr/>		
	Referencias	47

Las recomendaciones de este informe de marzo de 2005 fueron hechas independientemente por miembros del Panel de Políticas sobre Disparidades Raciales y Étnicas en Salud y no fueron influenciadas por las opiniones y puntos de vista de la Junta Directiva de Connecticut Health Foundation.

Carta de Sanford Cloud, Jr., Presidente del Panel de Políticas

Magníficos adelantos médicos han mejorado significativamente la duración y la calidad de vida de los estadounidenses pero un gran número de nuestros conciudadanos no han experimentado mejoras en los resultados de la salud.

De hecho, si usted es afro-americano, latino, americano nativo o asiático, entre otras poblaciones insuficientemente representadas históricamente, corre un riesgo mucho mayor de sufrir resultados de salud deficientes — aun cuando se toman en consideración la cobertura de seguros e ingresos.

Más aún, estas disparidades de salud afectan no sólo a las víctimas de cuidado desigual. También repercuten en nuestro bienestar como sociedad y añaden cargas enormes e innecesarias a un sistema de cuidado de salud que confronta alzas súbitas en costos año tras año.

Acepté el puesto de Presidente del Panel de Políticas sobre Disparidades Raciales y Étnicas de Salud para ayudar a encontrar soluciones a este problema. Conjuntamente con nuestro distinguido grupo de panelistas — líderes en los sectores público, privado y sin fines de lucro — hemos pasado la mayor parte de un año estudiando las cuestiones y aprendiendo de los residentes de nuestras comunidades así como de expertos nacionales y locales.

Esperamos usar las siguientes recomendaciones como programa de acción en conjunto con grupos y defensores de la comunidad esperanos para librar a Connecticut de disparidades de salud raciales y étnicas injustas.

Quiero agradecer a los miembros del Panel de Políticas — increíblemente talentosos, dotados y experimentados — que dieron su tiempo y pericia a este proyecto. No sólo son residentes orgullosos de nuestro estado sino que asimismo reconocen la gran necesidad de una declaración comunitaria para cambiar la situación de salud desigual a través de la línea divisoria racial y étnica. Agradezco a las muchas mujeres, hombres y organizaciones que proporcionaron información inestimable que ayudó al Panel a formular y presentar sus recomendaciones. Finalmente, el Panel de Políticas se une a mí en el agradecimiento a la Junta Directiva de Connecticut Health Foundation (Fundación de Salud de Connecticut — CHF en inglés) por su liderazgo clarividente para identificar y tratar las disparidades de salud raciales y étnicas y al personal de la Fundación por su orientación y apoyo excepcionales.

Una de las lecciones importantes que hemos aprendido a través de nuestro intenso año de estudio y de escuchar a la gente a través del gran Estado de Connecticut es que tenemos todo lo que necesitamos en cuanto a talento y experiencia para eliminar total y completamente las disparidades en la salud si nosotros, como comunidad, tenemos la fuerza de voluntad de hacerlo.

Insto a los líderes de las instituciones y comunidades de nuestro estado en nombre de mis compañeros miembros del Panel, a que presten mucha atención a las cuestiones planteadas en este informe y pongan en marcha estas soluciones osadas, pero pragmáticas y factibles lo más pronto posible.

Carta de Leo Canty, Presidente de la Junta Directiva de Connecticut Health Foundation

Poco después que se creara Connecticut Health Foundation (CHF) en Julio de 1999, realizamos encuestas de grupos de enfoque de residentes típicos y hablamos con muchos de los que toman las decisiones a lo largo del estado sobre los problemas de salud más apremiantes en Connecticut. Tanto los expertos en salud como el público nos indicaron repetidas veces que los resultados desiguales en salud basados en raza y grupo étnico — conocidos también como disparidades raciales y étnicas en salud — son un problema de salud pública grave en las áreas urbanas, suburbanas y rurales del estado.

La Junta Directiva y el personal de la Fundación escogieron las disparidades raciales y étnicas en salud como una de sus tres áreas de programas de prioridad conjuntamente con la salud oral y la salud mental de los niños(as). Hasta la fecha, CHF ha dedicado más de \$4.8 millones en subvenciones (“grants”) para programas y organizaciones con el compromiso de reducir estas disparidades por todo el estado.

Aparte del otorgamiento de subvenciones, la Fundación procura también que se cambien las políticas sistemáticas e institucionales que perpetúan las disparidades de salud. La Fundación creó en diciembre de 2003 un Panel de Políticas independiente compuesto de líderes de la comunidad, el mundo de los negocios y el sector sin fin lucrativo así como del gobierno para que estudiaran las disparidades de salud raciales y étnicas en Connecticut y desarrollaran recomendaciones de políticas pragmáticas diseñadas para tratar esas inequidades.

Me place informar que el Panel de Políticas sobre Disparidades de Salud Raciales y Étnicas, bajo el liderazgo de su presidente, Sanford Cloud, Jr., ha emitido una serie de 14 recomendaciones para reducir las disparidades de salud en las áreas de factores sociales y ambientales, recopilación de datos, barreras de lenguaje y diversidad en la fuerza laboral del cuidado de salud, después de un año de arduo trabajo, que incluyó reuniones educativas informativas, tres audiencias públicas y muchas horas de deliberaciones muy pensadas.

A nombre de mis colegas de la Junta Directiva de CHF, quiero agradecer al Panel de Políticas por sus esfuerzos por identificar problemas, aumentar comprensión y buscar formas de tratar este extenso y a menudo desapercibido problema de salud pública. Cada miembro de este distinguido grupo ha hecho una contribución significativa al desarrollo de recomendaciones que podrían cambiar la realidad política en cuanto a disparidades de salud sociales y étnicas hoy, mañana y muy dentro del futuro gracias a que los miembros trajeron diferentes experiencias y perspectivas.

Durante el 2005 y más allá la Fundación tiene el compromiso de incorporar recomendaciones del Panel de Políticas dentro de nuestro plan estratégico de disparidades de salud raciales y étnicas. Canalizaremos recursos hacia recomendaciones prioritarias por medio del otorgamiento de subvenciones, asesoría técnica e investigaciones de políticas públicas para tratar de crear un impulso que abarque todo el estado y dirija a Connecticut por el camino hacia la eliminación de las disparidades de salud raciales y étnicas.

“De todos los tipos de inequidad,
la injusticia en el campo del cuidado
de la salud es el más espantoso y
falta de humanidad.”

Dr. Martin Luther King, Jr.



Compendio Ejecutivo

El informe de 2002 del Instituto de Medicina (IOM), *Trato Desigual: Enfrentando las Disparidades Raciales y Étnicas en el Cuidado de la Salud*, sirvió de voz de alerta a nivel nacional: hay disparidades de salud indudables entre las comunidades raciales y étnicas aun cuando se toman en cuenta factores como ingresos, seguros y acceso al cuidado de salud. En resumen, las personas de color están sujetas a tratamiento desigual en el sistema de cuidado de salud de la nación.

En diciembre de 2003, la Fundación de Salud de Connecticut estableció un Panel de 12 miembros, compuesto por líderes de los sectores público, privado y no lucrativos para estudiar los resultados desiguales de la salud entre las comunidades raciales y étnicas de Connecticut y desarrollar recomendaciones de políticas sólidas para los dos sectores, el público y el privado.



A lo largo del último año, el Panel ha investigado cómo organizaciones de investigaciones científicas y de salud recopilan datos e informan al público sobre disparidades de salud y cómo los residentes de diversas comunidades raciales y étnicas experimentan de primera mano el sistema de cuidado de salud.

El Panel ha reunido información y elaborado sus recomendaciones mediante,

- **La revisión y análisis** de documentos pertinentes a varias fuentes nacionales y locales.
- **La celebración de audiencias públicas** en Bridgeport (8 de junio), Willimantic (14 de julio) y Hartford (14 de septiembre), en las que presentaron testimonio expertos invitados y miembros de la comunidad.
- **Reuniones regulares para revisar** la información recopilada y discutir las opciones de políticas.

Después de evaluar gran parte de los datos, el Panel de Políticas decidió enfocar su atención y recomendaciones en cuatro áreas — factores sociales y ambientales, recopilación de datos, barreras de lenguaje y diversidad de la fuerza laboral del cuidado de salud.

Se determinó que dentro de estas áreas de atención, el Panel podía proporcionar recomendaciones prácticas a los formuladores de políticas, organizaciones no lucrativas e instituciones privadas para tratar este problema con mejor eficacia a lo largo del estado.

El Panel está emitiendo ahora sus hallazgos y recomendaciones de políticas al público.

Un Vistazo a las Recomendaciones

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

1. El Estado de Connecticut debe asignar no menos de \$2.12 millones de fondos del Acuerdo de Tabaco de Connecticut para dar apoyo específico a programas de promoción de salud basados en evidencias, cultural y lingüísticamente suficientes que respondan a las necesidades de salud de las poblaciones raciales y étnicas insuficientemente servidas.
2. El Departamento de Transporte de Connecticut (Connecticut Transit) — propietario del servicio de buses debe equipar todos los vehículos con filtros de partículas para diesel o reemplazarlos con vehículos nuevos equipados con tecnologías de control de escape de gases.
3. El Estado de Connecticut debe garantizar una cobertura de salud razonable y adecuada a fin de asegurar el cuidado primario y preventivo de todos los residentes de Connecticut no asegurados o insuficientemente asegurados.

RECOPIACIÓN DE DATOS

1. El Estado de Connecticut debe financiar totalmente un cuerpo coordinador que vigile y proporcione liderazgo para monitorear el progreso del estado con respecto a la eliminación de disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.
2. El Estado de Connecticut debe establecer un sistema de recopilación y administración de datos uniforme para el año 2010 que coordine todos los datos en el campo de la salud sobre las poblaciones raciales y étnicas a través de todas las agencias estatales.
3. El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe recopilar e integrar datos de salud racial y étnica de todos sus esfuerzos de planeamiento a lo largo del estado y publicar un informe bienal sobre los hallazgos claves de los datos recopilados sobre el estatus de salud de las poblaciones raciales y étnicas.
4. El Estado de Connecticut debe hacer disponible al público los datos recopilados sobre salud cuando sean solicitados y proporcionar esa información sin costo o por una cuota baja.
5. La Oficina de Acceso del Cuidado de Salud de Connecticut y el Departamento de Salud Pública de Connecticut deben requerir que las organizaciones de cuidado de salud, inclusive proveedores y pagadores, recopilen datos sobre el idioma principal de los pacientes en los registros de salud y sistemas informáticos y fijar letreros en los idiomas de los pacientes a quienes sirven.

BARRERAS DE LENGUAJE

1. El Departamento de Servicios Sociales de Connecticut debe permitir reembolsos por servicios de interpretación bajo el programa Medicaid a fin de acrecentar al máximo los fondos federales pareados.
2. El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe establecer un programa de certificación para todos los intérpretes médicos para asegurar la pericia cultural y la calidad del servicio.
3. Oficina de Regulaciones de los Sistemas de Salud (Health Systems Regulations Bureau) del Departamento de Salud Pública de Connecticut debe establecer un sistema para monitorear y hacer cumplir la ley con respecto al acceso lingüístico en los hospitales de cuidado de gravedad [Public Act (Acta Pública) No. 00-119] y publicar un informe sobre sus hallazgos para revisión pública y legislativa.

DIVERSIDAD DE LA FUERZA LABORAL

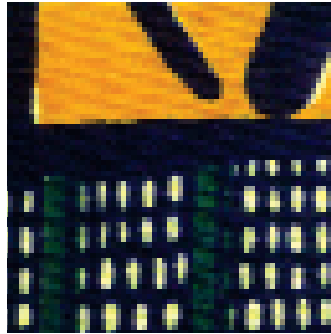
1. El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe (a) recopilar y seguir la pista de datos sobre la raza y grupo étnico de todos los profesionales médicos licenciados y someter un informe anual sobre la diversidad en la fuerza laboral del cuidado de salud del estado y (b) requerir que todos los profesionales del cuidado de salud participen en programas de competencia cultural y lingüística de educación continuada por medio de requisitos para el licenciamiento.
2. El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe igualar los dineros federales asignados al programa nacional anual de perdón de préstamos; concentrar esos fondos para la atracción de un número mayor de estudiantes insuficientemente representados históricamente en las profesiones de salud y promover el programa de perdón de préstamos amplia y eficazmente.
3. El Departamento de Educación Universitaria de Connecticut debe requerir que las instituciones educativas públicas e independientes que ofrecen programas en las profesiones de salud establezcan planes estratégicos que incluyan metas, normas, políticas y mecanismos de responsabilidad específicos en las profesiones de salud que aseguren la diversidad institucional y la competencia cultural.

Como parte de esos planes, estas instituciones deben:

- Demostrar cómo reclutan, retienen y gradúan a estudiantes de poblaciones insuficientemente representadas históricamente e informar de su rendimiento anualmente.
- Basar las decisiones sobre admisiones en un examen amplio de cada aspirante (equilibrando la consideración de datos cuantitativos y cualitativos) e incluir a representantes de comunidades insuficientemente representadas en los comités de admisiones.

“Las condiciones bajo las que toman lugar muchos encuentros clínicos — caracterizadas por fuerte presión por falta de tiempo, complejidad cognoscitiva y presión para contener los costos — pueden aumentar la probabilidad de que estos procesos den por resultado cuidado pobremente igualados a las necesidades de los pacientes de las minorías. Estas minorías pueden experimentar una gama de otras barreras al acceso de cuidado hasta cuando están asegurados al mismo nivel que los blancos y incluyendo barreras de lenguaje, geografía y familiaridad cultural. Además, las disposiciones financieras e institucionales de los sistemas de salud así como el ambiente legal, regulador y de políticas en que funcionan pueden causar efectos dispares y negativos en la capacidad de las minorías de lograr cuidado de calidad.”

*Trato Desigual:
Enfrentando las Disparidades de Salud Raciales y Étnicas en el Cuidado de Salud*



Introducción

Nada comunica mejor el impacto serio y a menudo trágico de disparidades raciales y étnicas en Connecticut que las voces de personas verdaderas. El Panel de Políticas sobre Disparidades Raciales y Étnicas celebró tres audiencias públicas en 2004 en las que expertos y residentes comunes hablaron de historias que tuercen el corazón y dan una cara humana a este problema social y de salud pública significativo.

El 14 de septiembre de 2004, Pauline Johnson, residente de Bloomfield, habló emocionalmente sobre su madre, una inmigrante enferma y antigua empleada estatal con un seguro de salud adecuado:

“Estoy muy trastornada porque mi mamá ha dedicado su vida a cuidar de todas las nacionalidades. Y cuando llegó el momento, después de trabajar tan fuertemente, con la cobertura médica que tenía, yo todavía tengo que luchar para conseguir cuidado médico apropiado (para ella). Y empieza en la cima, donde se deciden las políticas, porque el color de la piel le dice a la gente qué puedes pagar antes de que sepan quién tú eres y de dónde vienes....
Apreciamos la profesión médica y trabajaremos con ellos pero no nos den por perdidos.”

Mary Scully, enfermera en Khmer Health Advocates, Inc. (Defensores de Salud de los Khmer, Inc.), quien ha trabajado con inmigrantes camboyanos los últimos 24 años, también contó historias de sufrimiento durante su testimonio en Bridgeport el 8 de junio. En uno de los ejemplos, se determinó que una víctima de un ataque de parálisis no tenía derecho a beneficios de incapacidad porque su neurólogo pensó que podía trabajar. El doctor no se había dado cuenta que aunque los signos vitales del señor estaban bien, éste no sabía su nombre completo, dónde vivía, los nombres de sus hijos ni cómo vestirse. El doctor no lo sabía porque no podía comunicarse con su paciente.

“Todos los días en Connecticut se les niega acceso a cuidado de salud a personas porque no hablan inglés,” dijo ella. “Acceso a cuidado de salud quiere decir mucho más que poder cruzar las puertas de una clínica u oficina de doctor. Quiere decir poder comunicarse con su proveedor de cuidado de salud y saber que su proveedor de cuidado de salud comprende su historial de salud.... La falta de acceso causa sufrimiento, incapacidades y a veces la muerte. Causa grandes privaciones a las familias e inflige grandes pérdidas a la sociedad.”



¿PERO EXACTAMENTE QUÉ SON LAS DISPARIDADES DE SALUD RACIALES Y ÉTNICAS?

Las disparidades de salud raciales y étnicas son diferencias en la incidencia, ocurrencia frecuente, mortalidad y carga de enfermedades y otras condiciones de salud adversas que se encuentran entre grupos de población específicos. Los datos muestran que en Connecticut así como en la mayor parte de los Estados Unidos las comunidades afectadas desproporcionadamente por disparidades de salud incluyen a las de los afro-americanos, latinos, americanos nativos y algunas comunidades asiáticas.

Esto significa que esas comunidades reciben un cuidado de salud de menor calidad que la mayoritaria población blanca, aun cuando factores como la condición del seguro y los ingresos de un paciente son iguales. Los causantes de estas disparidades son complejos e incluyen condiciones históricas y actuales que van de un racismo persistente y barreras lingüísticas y culturales a injusticias ambientales y un sistema de cuidado de salud reacio al cambio a pesar de los esfuerzos de personas bien intencionadas.

El hecho es que las disparidades de salud entre las poblaciones raciales y étnicas puede muy bien ser el problema de salud más crítico y sin embargo el menos entendido en Connecticut. Y esta falta de cuidado apropiado para tantos residentes produce un costo personal y económico asombroso.

Datos de Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Control y Prevención de Enfermedades — CDC en inglés), que tabula los años de vida potencial perdidos antes de la edad de 75, revelan un patrón inquietante.

En Connecticut, de 1999 a 2001, los afro-americanos perdieron 11,028 años de vida potencial y los latinos 6,806 años de vida potencial, en comparación con la población blanca, que perdió 5,687 años de vida potencial.¹

Estos hallazgos clasifican a Connecticut en el rango 33 en el país, detrás de Georgia, Luisiana, y Carolina del Sur.²

Un reciente informe nacional verifica estas grandes pérdidas. Y añade:

“Adelantos médicos previnieron 176,633 muertes pero si se hubieran igualado las tasas de mortalidad de blancos y afro-americanos se hubieran prevenido 886,202 muertes. El logro de equidad puede hacer más para la salud que el perfeccionamiento de la tecnología del cuidado.”³

Si enfocamos estas pérdidas dentro de un contexto más amplio, vemos que las disparidades raciales y étnicas de salud no sólo acortan vidas prematuramente sino que también amenazan recargar a las comunidades de traumas personales y económicos innecesarios que reprimen las oportunidades de crecimiento. Y cuando nos damos cuenta que la salud y bienestar de nuestra nación está en el centro de nuestra seguridad nacional, descubrimos que la pérdida potencial de vidas hasta pone en peligro el poderío de los Estados Unidos.

El resultado es claro: hay dos sistemas de cuidado de salud en el país — uno para blancos y otro para poblaciones raciales y étnicas insuficientemente representadas.

Datos poderosos

El Panel de Políticas ha recopilado una cantidad significativa de datos de diversas fuentes aparte de extensos testimonios públicos de expertos del área y miembros de la comunidad — inclusive del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) — que documentan el grado de disparidades de salud raciales y étnicas. El informe *Unequal Treatment (Trato Desigual)* en particular, publicado en 2002 por el Institute of Medicine of the National Academies (Instituto de Medicina de las Academias Nacionales) trató la cuestión totalmente y galvanizó la atención entre los formuladores de políticas, profesionales del cuidado de salud y activistas comunitarios.

Los siguientes datos sugieren los resultados catastróficos de disparidades de salud a nivel nacional y en Connecticut:

- **La expectativa de vida varía por raza/grupo étnico:** En 2002, la expectativa de vida fue de 68.8 años para los hombres afro-americanos; 75.1 años para los hombres blancos; 75.6 años para las mujeres afro-americanas y 80.3 años para las mujeres blancas.⁴ La edad mediana a la muerte en Connecticut en 1998 fue de 68 años para afro-americanos; 62 años para latinos y 79 años para blancos.⁵
- **Mortalidad infantil:** La tasa de mortalidad infantil para los infantes afro-americanos fue más del triple de la tasa para los infantes blancos entre 1998 y 2000 (13.5 muertes por cada mil partos vivos en comparación con 4.7 muertes por cada 1,000 partos vivos).⁶
- **Diabetes:** Los latinos tienen una probabilidad casi del doble que los blancos de morir de diabetes. En Connecticut, la tasa de muertes ajustada por edad por 100,000 para diabetes: 30.5 para afro-americanos, 15.9 para latinos, 18 para americanos nativos y 12.6 para blancos. Dado que la mortalidad varía a través de los grupos por edades, la tasa de muertes ajustada para edad normaliza esta variación estadísticamente cuando se calculan las tasas de muertes globales.⁷
- **Tasa de muertes por cáncer:** La tasa de muertes para todos los cánceres es 30 por ciento más alta entre afro-americanos que entre blancos. En Connecticut, la tasa de muertes para todos los cánceres por 100,000 de población es 199.2 para afro-americanos y 159.0 para blancos.⁸
- **La tasa para casos de SIDA:** La tasa para casos de SIDA para afro-americanos y latinos adultos/adolescentes fue mucho más alta que la de blancos en 2003. La tasa de casos (por 100,000 de población) fue de 107.8 casos para latinos; 71.8 casos para afro-americanos y 11.4 casos para blancos.⁹

Es quizás lo más desalentador el hecho de que disparidades raciales y étnicas existan hasta entre personas dentro del mismo sistema de cuidado y los planes de cuidado dirigido (“managed care”). En una muestra del 5 por ciento de más de 1.2 millones de reclamaciones de Medicare en la base de datos de una Health Care Finance Administration (Administración Financiera de Cuidado de Salud) [cambiada de nombre a Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros para Servicios de Medicare y Medicaid)] se halló que era menos probable que afro-americanos recibieran 23 de 32 servicios que blancos y se encontraron disparidades hasta cuando los pacientes estaban asegurados por ambos Medicare y Medicaid, lo que minimizaba confundir raza con barreras económicas para el cuidado.¹⁰

LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

La eliminación de las disparidades raciales y étnicas de salud representa uno de los principales desafíos para nuestra sociedad — y puede ser tratada a lo largo del tiempo por medio de acciones prácticas basadas en una estrategia amplia y de varios niveles. Hasta que se tome acción, sin embargo, nadie va a saber cuán productivas pueden ser las personas de nuestro estado — cuando se pueda lograr todo nuestro potencial humano. Aunque la cuestión es compleja y difícil, hay soluciones que, si puestas en marcha, podrían ayudar a eliminar las disparidades de salud raciales y étnicas y mejorar las vidas de innumerables millones.

Es hora que el pueblo de Connecticut desarrolle su voluntad de actuar.

“Dime la raza de alguien. Dime sus ingresos. Dime si fuma. Las respuestas a estas tres preguntas me dirán más sobre su longevidad y condición de salud que cualesquiera otras preguntas que yo pudiera posiblemente hacer. No hay ninguna prueba de sangre genética que las iguale en su valor de predicción.”

Donald M. Berwick, pediatra y antiguo miembro de la Comisión de Calidad de Cuidado de Salud del presidente Bill Clinton.¹¹



Recomendaciones y Analisis Razonados

Factores Sociales y Ambientales

Muchos factores de la sociedad afectan la salud de las personas. La educación, empleos gananciosos, vivienda adecuada, acceso a cuidado de salud de calidad, comunidades llenas de vitalidad y aire limpio tienen un impacto profundo en la salud y bienestar de las personas y sus comunidades. Cuando falta cualquiera de estos factores o faltan todos ellos la salud puede ser comprometida seriamente.

Los pobres y los privados de derechos son los que más sufren de las disparidades de salud causadas por factores sociales y ambientales pero no son los únicos. Las investigaciones demuestran claramente que las personas de color — de todos los peldaños de la escalera económica — son también vulnerables. Para revertir esta tendencia de largos años, el pueblo y gobierno de Connecticut se deben comprometer a tratar los factores sociales y ambientales que influyen las disparidades de salud raciales y étnicas, incluyendo un compromiso personal y sistemático de terminar el racismo y la discriminación.



El Panel de Políticas (Pólizas) decidió concentrar sus recomendaciones en tres categorías centrales — promoción de salud, salud ambiental y acceso a cuidado de salud — debido a que las influencias sociales y ambientales en la salud son complejas y difíciles de tratar.

La promoción de salud y los programas educativos proporcionan a las personas y comunidades con las herramientas que necesitan para mejorar la salud y bienestar.

Las comunidades pueden estimular cambios de comportamiento y ayudar a apoyar leyes y políticas que contribuyen a la buena salud cuando están equipadas con información sólida y destrezas.

Todas las personas tienen derecho a respirar aire limpio.

La contaminación y otras toxinas contribuyen a problemas de salud que van desde asma y otras condiciones bronquiales a hasta ciertas formas de cáncer. La contaminación puede afectar hasta la salud mental de acuerdo al sitio Web (www.niehs.nih.gov) del National Institute of Environmental Health Sciences (Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental). Aunque la contaminación del aire es un problema crónico a nivel de todo el estado, afecta desproporcionadamente a las comunidades urbanas grandes, donde la contaminación es

la peor. No es por coincidencia que estas comunidades incluyen un gran número de afro-americanos y latinos. Según el sitio Web de American Lung Association (Asociación Pulmonar de los Estados Unidos), la ocurrencia frecuente de asma en 2002 entre los afro-americanos fue de casi un 38 por ciento más alto que la tasa entre blancos (www.lungsusa.org).

Las personas necesitan acceso a cuidado de salud de calidad sin que importen ingresos o condición social.

Muchas personas no reciben el cuidado de salud que necesitan cuando realmente lo necesitan por no tener acceso a cuidado de salud básico. A largo plazo, este patrón de dilación puede dar por resultado consecuencias de salud deficientes y a menudo alzar los costos porque los pacientes requieren de opciones de tratamiento más serias después. Una vez en el sistema de cuidado de salud, las personas de poblaciones diversas merecen cuidado competente cultural y lingüísticamente, en especial quienes han estado servidas insuficientemente o impropriadamente en el pasado.

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

Recomendación:

El Estado de Connecticut debe asignar no menos de \$2.12 millones de fondos del Acuerdo de Tabaco de Connecticut para dar apoyo específicamente a programas de promoción de salud basados en evidencias competentes cultural y lingüísticamente que respondan a las necesidades de salud de las poblaciones raciales y étnicas insuficientemente servidas.

Análisis razonado:

Se puede reasignar dólares del Fondo del Acuerdo de Tabaco Estatal a programas de promoción de salud, que se saben que impiden enfermedades, mejoran las decisiones de salud y ayudan a reducir las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.

A lo largo de los años, ha sido el gobierno federal que ha proporcionado la mayor parte del financiamiento para los programas de promoción de salud que ayudan a prevenir enfermedades. Estos programas proporcionan informaciones y recursos que aumentan la conciencia y animan elecciones de salud razonables. Sin embargo, Connecticut tiene que hallar fuentes adicionales para pagar por los programas a medida que la nación y el estado enfrentan déficits presupuestarios crecientes.

La mejor oportunidad — y la mayor fuente de financiamiento para ayudar a los residentes a escoger comportamientos de salud positivos — es probablemente el Tobacco Industry Settlement Agreement (Convenio de Acuerdo de la Industria de Tabaco), que estableció el State Tobacco Settlement

Fund (Fondo Estatal del Acuerdo de Tabaco) en Connecticut y muchos otros estados.

Este recurso le trae a Connecticut \$3.6 billones a lo largo de un período de 25 años.¹²

El CDC estableció guías estatales para gastar los fondos del acuerdo en programas de prevención de tabaco completos. Recomienda que Connecticut debiera asignar entre \$21.2 millones y \$53.9 millones por año para programas de salud relacionados al tabaco.¹³ En la actualidad el estado deposita todos los fondos del acuerdo en el Fondo General y gasta aproximadamente \$500,000 por año para la prevención de tabaco, lo que coloca a Connecticut en el rango 45 en los Estados Unidos según datos de 2005.¹⁴

Provisión de Fondos del Estado del Año Fiscal 2005 para Prevención de Tabaco

Estado	Provisión de Fondos de CDC Recomendación (en millones)	Fondos Anuales Año Fiscal 2005 (en millones)	Clasificación Nacional
Maine	\$14.2	\$11.19 - \$25.35	1
Delaware	9.3	8.63 - 18.46	2
Mississippi	20.0	18.79 - 46.8	3
Connecticut	21.2 - 53.9	0.5	45

Fuente: Tobacco Free Kids. FY2005 Rankings of State Funding for Tobacco Prevention. www.tobaccofreekids.org

El estado debe reasignar por lo menos 10 por ciento de la guía presupuestaria sugerida por CDC con respecto al acuerdo de tabaco, o no menos de \$2.12 millones anualmente para financiar

programas de salud completos (no limitados al cese y prevención de tabaco) que son cultural y lingüísticamente competentes y se centran en disparidades de salud racial y étnica.

Recomendación:

El Departamento de Transporte de Connecticut (Connecticut Transit) — propietario del servicio de buses debe reequipar todos sus vehículos con filtros de partículas para diesel o reemplazarlos con vehículos nuevos equipados con tecnologías de control de escape de gases.

Análisis razonado:

Reducir provocadores ambientales como combustible de diesel ayudará a bajar las ocurrencias alarmantes de asma.

Según el U.S. Environmental Protection Agency (Agencia de Protección Ambiental de U.S.A. — EPA en inglés), los camiones de servicio pesado y buses o motores de diesel, emiten cerca de 33 por ciento de óxidos nitrógenos y cerca de 25 por ciento de emisiones de partículas de material de fuentes móviles, contribuyendo ambos a problemas de salud pública serios a lo largo del país.¹⁵

Un número de estudios muestran que las sustancias del escape de gases de diesel probablemente causarán cáncer, agravarán enfermedades respiratorias y cardiovasculares y empeorarán enfermedades respiratorias como asma. Según un informe, “hasta exposiciones de muy corto plazo pueden causar incidencias de tos y respiración asmática dolor de pecho y reducir la función pulmonar.”¹⁶

Se ha designado a todo el estado de Connecticut “área de ozono severa o seria sin consecución.” Esto significa que los niveles de ozono están bien por encima de las normas federales. Más aún, EPA ha designado a dos Áreas Metropolitanas

Estadísticas de Connecticut — Hartford y New London-Norwich — como dos de las diez áreas del país a la cabeza de estar a riesgo de sobrepasar la norma entre ozono de 2007 a 2030.¹⁷

Se estableció una regulación federal llamada “Control de contaminación ambiental de nuevos vehículos de motor: normas de motores y vehículos de servicio pesado y requisitos de control de azufre de combustible diesel de carreteras” para tratar este problema.¹⁸

Según este reglamento y comenzando con los modelos del año 2007, todos los camiones de servicio pesado y buses [como el servicio de buses de Connecticut Transit] deben estar equipados de tecnologías de control de emisión de gases que filtran 90 por ciento al 95 por ciento de partículas de material. Además, después del 1 de julio de 2006 todos los combustibles de diesel suministrados o distribuidos tienen que ser combustibles de diesel bajo en azufre, lo que reducirá las partículas de material en 5 por ciento al 20 por ciento.¹⁹

El problema: este reglamento no cubre los vehículos de servicio pesado, que son de más edad que los modelos del año 2007. Dado que los buses pueden durar de 12 a 14 años, el reglamento no tendrá un impacto fuerte si la mayor parte de los buses de Connecticut Transit son más viejos.²⁰

Connecticut Transit usa actualmente 395 buses y ha acordado reequipar buses que tienen menos de 6 años con filtros de partículas de material, afectando de esta forma a 175 buses pero no incluyendo a 220 buses que tienen más de 6 años de edad. Dado que cuesta cerca de \$6,000 para reequipar cada uno de los buses más antiguos, el costo total para el estado sería de \$1.3 millones.²¹

Recomendación:

El Estado de Connecticut debe garantizar una cobertura de salud razonable y adecuada a fin de asegurar el cuidado primario y preventivo de todos los residentes de Connecticut no asegurados o insuficientemente asegurados.

Análisis razonado:

Una forma de reducir las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud es mejorar el acceso a cobertura de salud.

Aunque el acceso ampliado a cobertura de salud no garantiza mejores consecuencias de salud, sí aumentará la cobertura ampliada la posibilidad de proveer servicios de cuidado de salud a más personas.

Las personas no aseguradas en Connecticut — 318,300, o sea el 9.4 por ciento de la población del estado (de los que cerca de la mitad son afro-americanos o latinos) — tienen poco o ningún acceso a cuidado de salud apropiado que no sea en los servicios de salas de emergencia, que ya están sobrecargados, sin una cobertura de salud adecuada.²²

Si se amplía el acceso se reducirán también los pasmosos costos personales y financieros que acompañan la pérdida de vida y productividad.

El CDC tabula por raza y grupo étnico los años de vida potencial perdidos antes de la edad de 75. El CDC informa que de 1991 al 2001 los afro-americanos perdieron 11,028 años de vida y los latinos perdieron 6,806, en comparación con la población blanca, que perdió 5,687 años de vida potencial. Esto clasifica a Connecticut en el rango 33 en la nación, detrás de Georgia, Louisiana y Carolina del Sur.²³

Y todos pagan caro a través del cuidado no compensado por la falta de seguros de salud: contribuyentes, el sistema de cuidado de salud (proveedores y pagadores) y los no asegurados.

Si nos basamos en la tasa de no asegurados en el año 2003, Connecticut pierde \$584 millones cada año por las expectativas de vida reducidas y \$1.164 billón al combinarse las vidas más cortas y el aumento de enfermedades.²⁴

Según “Uninsured in Connecticut: An Overview” (Los No Asegurados en Connecticut: Una Perspectiva General) por el Connecticut Center for Economic Analysis (Centro de Connecticut para Análisis Económicos) de 2002, se estima que los no asegurados reciben \$1.16 billones en cuidado de salud. De ese total, pagan los no asegurados \$312 millones de su propio bolsillo; los programas de seguros no de salud, como el de compensación al trabajador, pagan \$439.2 millones, y los hospitales, clínicas y doctores absorben \$404.5 millones.²⁵

Recopilación de Datos

El desarrollo de una política de salud pública eficaz depende de la disponibilidad de buenos datos. Los datos confiables les ayudan a los oficiales de salud pública a contestar preguntas claves: ¿Cuál es el alcance de los problemas de salud del estado? ¿Quiénes son los que más sufren? y ¿Cuáles son los programas más eficaces? Es obvio que se necesita un cuerpo coordinador para recopilar y también analizar datos con un sistema de recopilación de datos uniforme que haga ver las disparidades de salud raciales y étnicas.

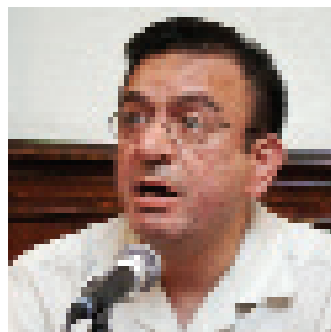
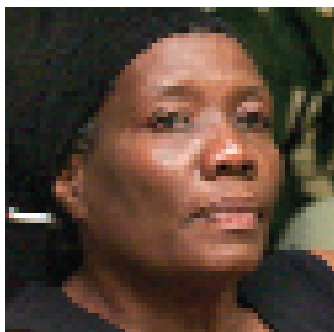
Debido al sistema inadecuado de recopilación de datos del estado, sin embargo, no hay un cuerpo estatal coordinador que pueda examinar regularmente las disparidades de salud de las poblaciones raciales y étnicas insuficientemente representadas.

El resultado es que el Multicultural Health Report (Informe de Salud Multicultural) de 1999, que usó datos de 1997, es aún la única fuente amplia sobre disparidades raciales y étnicas en el estado. Los formuladores de políticas tienen que evaluar programas en 2005 con información que ya tiene casi diez años por no tener a su disposición una recopilación de datos y análisis adicionales.

Cuando hallamos que los afro-americanos de Connecticut corren un riesgo de morir en cualquier momento un 30 por ciento más alto en comparación con el de los blancos,²⁶ el problema de las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud reclama soluciones — soluciones que sólo pueden ser planeadas y centradas con datos exactos.

Según el informe *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs* (Cómo Eliminar Disparidades en Salud: Necesidades de Medición y Datos) del IOM, “Es de importancia fundamental mejorar y ampliar la recopilación de datos raciales y étnicos para alcanzar las metas principales del sistema de salud de los Estados Unidos. Si es cierto que estos esfuerzos presentarán desafíos significativos y conllevarán costos reales, no reconocer esta necesidad importante puede llegar a tener un costo más alto a la larga que el de resolver el problema de forma definitiva.”²⁷

La falta de tales datos actualmente en Connecticut les crea complicaciones a los departamentos de salud y a la infraestructura de salud a nivel de todo el estado, dificultando enormemente la captación de la magnitud del problema, la justificación de gastos y el desarrollo de programas centrados y exitosos.



RECOPIACIÓN DE DATOS

Recomendación:

El Estado de Connecticut debe financiar totalmente un cuerpo coordinador que vigile y proporcione liderazgo para monitorear el progreso del estado con respecto a la eliminación de disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.

Análisis razonado:

Un cuerpo coordinador proporcionaría la vigilancia necesaria para monitorear y medir progreso hacia la eliminación de las disparidades de salud raciales y étnicas.

Sólo se puede lograr la eliminación de las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud en Connecticut mediante un fuerte liderazgo a nivel estatal. A fin de proporcionar este liderazgo, el estado tiene que financiar la medición constante del impacto y eficacia de los programas actuales que están diseñados para salvar la brecha de las disparidades. La capacidad de monitorear progreso desde un punto central le permitirá a Connecticut lograr resultados alcanzables para la eliminación de las disparidades de salud.

El estado debe reestablecer la Office of Minority Health (Oficina de Salud Minoritaria — OMH en inglés) para supervisar el esfuerzo o crear una nueva organización que coordine la recopilación de datos y análisis de todas las agencias estatales. El OMH, financiado anteriormente en cercade \$180,000 por año (incluye director, asistente administrativo y epidemiólogo),²⁹ fue diseñado para ayudar a las agencias del estado y las comunidades locales a colaborar para la eliminación de diferencias en enfermedades, incapacidad e índices de mortalidad entre las poblaciones étnicas y raciales.

Su mandato fue monitorear el nivel de salud de las poblaciones raciales y étnicas, evaluar la eficacia de los programas estatales, identificar necesidades de recursos y difundir los hallazgos principales.

Un cuerpo coordinador — sea OMH o una nueva organización — debe ser financiado a largo plazo y apoyar la labor del Multicultural Health Advisory Commission (Comisión Multicultural Asesora en Salud), creada por la Asamblea General de Connecticut en el año 2001 para eliminar las disparidades en el campo de la salud causadas por el nivel económico, racial o social.

El cuerpo coordinador debe usar datos para desarrollar y poner en marcha estrategias de salud completas que se centren en disparidades específicas que ciertas poblaciones raciales y étnicas sufren desproporcionadamente.

Es más, debe también comparar las metas y guías de Connecticut con las de Healthy People 2010 (Pueblo Sano 2010), que fueron elaboradas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para ayudar a los estados a mejorar el estatus de salud de sus residentes, incluyiendo la eliminación de las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.

Recomendación:

El Estado de Connecticut debería establecer un sistema de recopilación y administración de datos uniforme para el año 2010 que coordine todos los datos en el campo de la salud sobre las poblaciones raciales y étnicas de todas las agencias estatales.

Análisis razonado:

Con un sistema de recopilación de datos centralizado el estado puede recopilar y coordinar todos los datos pertinentes para agencias que sirven a las poblaciones raciales y étnicas que han estado insuficientemente representadas.

Los responsables de la formulación de políticas no pueden seguir la pista y monitorear la eficacia de un programa para reducir disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud con exactitud sin una recopilación de datos y sistemas de administración de informática eficaces. Y es así también imposible decidir dónde se pueden gastar mejor los recursos del estado.

Según un informe del National Research Council (Consejo Nacional de Investigación), "Sin información exacta sobre las características raciales y étnicas de las poblaciones a que se sirven, los esfuerzos de salud pública y los recursos vinculados a ellos probablemente estarán deficientemente centrados y pueden excluir a sectores populosos de las poblaciones más necesitadas. Las condiciones crónicas tratadas

deficientemente o enfermedades no diagnosticadas pueden causar enfermedades más severas, resultados peores y costos de salud más altos."²⁹

Son significativos los costos de cambiar los sistemas para presentar información y los de computadoras. Sin embargo, otros estados, como Hawaii y Washington, han reasignado y/o añadido recursos para desarrollar y poner en marcha encuestas, además de actualizar los sistemas de la tecnología informática durante el transcurso del tiempo a fin de crear un sistema más eficaz.³⁰

Connecticut debería tomar nota: los estados que han mejorado sus sistemas de recopilación de datos han integrado los costos en sus presupuestos anuales cada año.

Recomendación:

El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe recopilar e integrar datos de salud raciales y étnicos en todos sus esfuerzos de planeamiento estatales y publicar un informe bienal sobre los hallazgos claves de los datos recopilados sobre el nivel de salud de las poblaciones raciales y étnicas insuficientemente representadas.

Análisis razonado:

Los defensores del estado y de cuidado de salud podrían centrar las soluciones más eficazmente al contar con una fuente de datos central sobre las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.

Es una deficiencia mayúscula la falta de datos de salud viables en relación con las poblaciones raciales y étnicas.

Aunque hay una ley vigente para recopilar tales datos, los resultados son incompletos al no incluir datos raciales y étnicos.

Un ejemplo es An Act Concerning Access to Data (Acta Pública Concerniente al Acceso a Datos) No. 02-65,³¹ que requiere que el Departamento de Salud Pública (DPH en inglés) recopile una gama de datos sobre todo, desde de dadas de alta en hospitales a los encuentros con clientes y servicios de las agencias de cuidado de salud en hogares. Pero no exige la recopilación de datos sobre las poblaciones raciales y étnicas.

Mientras Connecticut falla por una falta de claridad en estas cuestiones claves, otros estados han estado recopilando datos exitosamente. Por ejemplo, el

Departamento de Salud de Hawaii ha llevado a cabo la Encuesta de Salud de Hawaii cada año desde 1968.³² Esta encuesta de hogares está diseñada para monitorear la salud e identificar problemas. Como resultado, Hawaii publica informes anuales sobre demografía en general, ingresos, seguros de salud y la condición de salud de la población del estado.

Los oficiales de DPH deben pasar revista a los procedimientos y sistemas de recopilación de datos actuales de otros estados y poner en desarrollo un mecanismo global para recopilar datos raciales y étnicos en Connecticut.

Recomendación:

El Estado de Connecticut debe hacer disponible al público los datos sobre salud recopilados por todas las agencias del estado cuando son solicitados y proporcionar esa información sin costo o por una cuota baja.

Análisis razonado:

El público tiene derecho a obtener acceso a datos sobre disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud y los programas diseñados para eliminarlos.

La disponibilidad de datos es el pábulo que genera planes estratégicos pragmáticos para superar las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud a nivel federal, estatal y local.

Es fundamental el acceso a datos exactos si hemos de entender la naturaleza y amplitud de las disparidades en el campo de la salud, identificar patrones y tendencias de salud y llegar a comprender mejor cómo los miembros de diferentes poblaciones llegan a ser afectados y los pasos que se deben dar.

En teoría, las agencias del estado tienen acceso a sus propias bases de datos pero las comunidades locales — por ejemplo, grupos basados en vecindades y/o una fe — a menudo no lo tienen.

El estado de Georgia desarrolló en 1998 el “Health Information Factory Project” (“Proyecto de Fábrica de Información de Salud”), que podría servir de modelo a Connecticut.³³

Georgia estableció métodos, normas y procedimientos para integrar datos entre las oficinas de su División de Salud Pública. Su protocolo de datos requiere que todas las ramas de la división tengan acceso al depósito de datos central, lo cual incluye hoy día los datos de dada de alta de hospitales, el registro de cáncer y las estadísticas demográficas.

El Proyecto de Fábrica de Información de Salud no incurrió en ningún gasto que no fuera reasignación de personal clave, y el público tiene acceso a los datos sin cargos por medio de interfaz de usuarios en línea.

Dando acceso a datos del estado a comunidades locales, sea gratis o a una cuota muy rebajada, las agencias del estado estarían brindando un servicio valioso a las comunidades locales para que desarrollen y pongan en marcha estrategias comprensibles programas y servicios.

Recomendación:

La Oficina de Acceso a Cuidado de Salud de Connecticut y el Departamento de Salud Pública de Connecticut deben requerir que las organizaciones de cuidado de salud, inclusive proveedores y pagadores, recopilen datos sobre el idioma principal de los pacientes en los registros de salud y sistemas informáticos y fijar letreros en los idiomas de los pacientes a quienes sirven.

Análisis razonado:

Cuánto más precisos sean los datos del paciente recopilados tanto mejor podrán los pagadores así como los proveedores entender y llenar las necesidades de lenguaje y culturales de sus clientes y pacientes.

Los datos sobre lenguajes ayudan también a mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, lo que rebajaría los riesgos de la salud por comunicaciones equivocadas.

Hasta el uso de letreros en varios idiomas establece un ambiente acogedor, reduce confusiones y mejora la posibilidad de un encuentro satisfactorio entre proveedor y paciente. Se debería también requerir dichos letreros para informar a los pacientes de su derecho a servicios de interpretación gratis.

Aún más, los aseguradores y otros pagadores que recopilan datos pueden monitorear la calidad del cuidado y evaluar la eficacia de los programas de atención a enfermedades que se dirigen específicamente a las poblaciones raciales y étnicas.



Barreras de Lenguaje

En muchos casos servicios de interpretación adecuados pueden representar la diferencia entre un diagnóstico correcto y un problema de salud que continúa. En algunos casos pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte.

Un señor que no hablaba inglés sufrió recientemente un accidente en el trabajo, según Mary Scully, quien testificó durante la audiencia pública de Bridgeport. Un doctor lo trató sin intérprete y decidió que el señor no se había lesionado. De hecho, este señor estaba sufriendo de una lesión traumática al cerebro y quedó con problemas de memoria y concentración serios.

Según Scully, Khmer Health Advocates, Inc. (Defensores de la Salud de los Khmer, Inc.), una organización que ayuda a 18,000 personas del Sudeste de Asia que viven en Connecticut, “el 64 por ciento de estos adultos dicen que necesitan intérpretes para poder comunicarse con sus doctores pero el 61 por ciento de ellos dice que ven a su doctor sin intérprete. La inmensa mayoría de los que usan intérprete están usando a un miembro de la familia o amigo, personas que no son intérpretes adiestrados.”

Para estos inmigrantes y tantos otros en Connecticut, las barreras del lenguaje comprometen la prestación de cuidado adecuado y ponen en peligro la seguridad del paciente porque no se intercambia la comunicación apropiadamente, no se entienden las instrucciones a los pacientes y la toma de decisiones no es compartida.

El resultado es que demasiadas veces los pacientes con conocimientos limitados del inglés se ven obligados a esperar períodos de tiempo sustanciales, encontrar sus propios intérpretes (quienes demasiadas veces no están calificados) o hacer repetidas visitas a las oficinas de los proveedores hasta que esté disponible un intérprete.

Por lo tanto, muchos residentes de Connecticut con conocimientos limitados del inglés están en un riesgo significativamente más alto de errores en el diagnóstico y tratamiento malo por no recibir servicios de interpretación adecuados, lo que hace que nuestro sistema de cuidado de salud incurra en un costo significativamente más alto.

Se puede tomar por descontado que la comunicación clara entre el paciente y el proveedor es fundamental para la buena salud. Es también el derecho de todos los residentes de Connecticut cuyo idioma principal no es el inglés tener acceso a servicios de interpretación apropiados. De hecho, es un requisito que los estados proporcionen acceso a servicios de interpretación bajo las disposiciones del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964. La violación de este estatuto puede provocar juicios.

BARRERAS DE LENGUAJE
<p>Recomendación: El Departamento de Servicios Sociales de Connecticut debe permitir reembolsos por servicios de interpretación bajo el programa Medicaid a fin de acrecentar al máximo los fondos federales pareados.</p>
<p>Análisis Razonado: La prestación de servicios de interpretación reducirá el número de diagnósticos equivocados y costos afines a la vez que aumentará el acceso a cuidado de salud para las personas con conocimientos limitados del inglés.</p>

La falta de servicios de interpretación disponibles inmediatamente conlleva un alto costo por los diagnósticos errados generalizados y los tratamientos malos. La prestación de tales servicios garantizará los derechos de los residentes que no hablan inglés a estos servicios fundamentales y también reducirán estos costos, que están en creciente aumento, a la larga.

Lo que quizá sea lo más importante es que el gobierno federal reembolsará cada dólar que el estado gasta en el programa Medicaid. Sin embargo, Connecticut ha decidido no incluir los servicios de interpretación de lenguajes como gasto permisible de Medicaid. Si se permitiera este gasto, el estado podría aprovechar al máximo estos fondos pareados.

La falta de servicios de interpretación afecta a un sector significativo de la población del estado. Más del 7 por ciento de los residentes de Connecticut hablan inglés “menos que muy bien,” lo que representa a casi 235,000 personas.³⁴

Según datos de Medicaid de octubre de 2004, el 8.78 por ciento de adultos y niños inscritos en el programa Medicaid en Connecticut hablan en su hogar un idioma que no es el inglés — 26,754 de un total de 304,846 inscritos.³⁵ Entre el 34 por ciento y el 46.5 por ciento de los residentes de áreas urbanas claves — Stamford, Danbury, Bridgeport y Hartford — hablan en la casa un idioma que no es el inglés.³⁶

El costo de servicios de interpretación es relativamente bajo. Un informe reciente del U.S. Office of Management and Budget (Oficina de Administración y Presupuesto de U.S.A.) calcula que los servicios de lenguaje sólo añadiría \$4.04 al costo de la visita de cuidado de salud promedia (sólo 0.5 por ciento por encima del costo aproximado de \$856 por visita).³⁷

Los costos al estado por servicios de interpretación varían ampliamente: Hawaii gasta alrededor de \$144,000 por año para servicios de interpretación para aproximadamente 2,570 visitas, aproximadamente \$56 por visita.³⁸ En New Hampshire, el estado gastó \$4,692 para intérpretes en 2002 y \$3,675 en 2001.³⁹

Recomendación:

El Departamento de Salud de Connecticut debe establecer un programa de certificación para todos los intérpretes médicos para asegurar la pericia cultural y la calidad del servicio.

Análisis Razonado:

Un programa de certificación de intérpretes médicos aseguraría un alto nivel de competencia cultural y lingüística para mejorar la relación esencial de proveedor-paciente.

Los intérpretes médicos que participan en adiestramiento para el logro de competencia cultural y lingüística ayudan a mejorar el acceso y aseguran servicios de cuidado de salud de calidad.

Un estudio llevado a cabo por el Center for the Advancement of Urban Children (Centro para el Mejoramiento de Niños Urbanos) concluyó que los muchos errores de intérpretes no adiestrados tenían repercusiones clínicas.⁴⁰ Cuando una niña de siete años visitó al doctor por una infección del oído, un intérprete sin entrenamiento le dio instrucciones a la madre de poner tres cucharaditas de antibiótico en los oídos de la niña tres veces al día en vez de darle la instrucción de tomar el medicamento oralmente, como había sido recetado.

Un aspecto de los servicios de interpretación médica es entender los términos y condiciones médicos en diversos idiomas.

Algunos proveedores de servicios de salud y servicios sociales tratan de cruzar el vacío de lenguaje estimulando a los clientes a proporcionar sus propios intérpretes — por lo general un miembro de la familia o amigo — como alternativa de empleados o

intérpretes bilingües calificados. Esos así llamados “intérpretes” por lo general no entienden los conceptos y terminología médicos que se les pide que interpreten o traduzcan.

Los intérpretes también necesitan estar completamente adiestrados y ser entendidos con respecto al antecedente cultural de los clientes a fin de asegurar la calidad de los servicios de cuidado de salud.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales del Estado de Washington podría servir de modelo útil. El departamento empezó en 1991 a certificar a los intérpretes médicos y de servicio social y acordó no sólo proporcionar (y pagar a) intérpretes sino también asegurar la calidad de los servicios provistos.⁴¹ El Estado de Washington desarrolló y toma actualmente una prueba normalizada para intérpretes por una cuota baja.

El costo administrativo de establecer este programa de certificación de intérpretes médicos fue de \$180,000 aproximadamente por los dos primeros años.⁴² Las cuotas de licencias y exámenes sufragarán los costos administrativos en los años venideros.

Recomendación:

La Health Systems Regulations Bureau (Oficina de Regulaciones de los Sistemas de Salud) del Departamento de Salud de Connecticut debe establecer un sistema para monitorear y hacer cumplir la ley con respecto al acceso lingüístico en los hospitales de cuidado de gravedad [Public Act (Acta Pública) No. 00-119] y publicar un informe sobre los hallazgos para examen por el público y la legislatura.

Análisis Razonado:

Monitorear el Acta Pública No. 00-119 ayudará a disminuir el número de los diagnósticos con errores y mejorará el cumplimiento de tratamiento.

De acuerdo con la ley de Connecticut [Act Concerning Linguistic Access in Acute Care Hospitals, Public Act (Acta Concerniente a Acceso Lingüístico en Hospitales de Cuidado de Gravedad, Acta Pública) No. 00-119], los hospitales de cuidado de gravedad deben proporcionar servicios de interpretación a pacientes que no hablan inglés.⁴³ Los hospitales que violan el Acta Pública pueden estar también en violación del Título VI del Acta de Derechos Civiles Federal.

Testimonios en audiencias públicas confirman que no hay un método sistemático de recolectar o analizar información concerniente al acceso lingüístico en hospitales de cuidado de gravedad.

Dado que los datos actuales sugieren que las personas de conocimientos limitados del inglés tienden a ir a las salas de emergencia de hospitales y clínicas para recibir cuidado, hacer cumplir el Acta Pública No. 00-119 tiene la potencialidad de disminuir el número de los diagnósticos errados y mejorar el cumplimiento y resultados de los tratamientos, mejorando de este modo la salud en general.

Massachusetts, uno de los líderes en la prestación de servicios de lenguaje en entornos de clínicas de salud, aprobó una ley recientemente que hace obligatorio prestar servicios de interpretación de calidad en las salas de emergencia de hospitales de cuidado de gravedad, inclusive servicios psiquiátricos de gravedad de emergencia.⁴⁴ La Oficina del Procurador General de Massachusetts tiene la autorización de monitorear y hacer cumplir la ley.

Diversidad de la Fuerza Laboral

La falta de diversidad en la fuerza laboral en el campo del cuidado de salud en el país en general y en Connecticut en particular tiene un impacto sustancial y negativo en el nivel de confianza y la calidad del cuidado por parte de las comunidades raciales y étnicas.

Charles Huntington, director asociado de Connecticut Area Health Education Center (Centro de Educación de Salud del Área de Connecticut) indica que “Las consecuencias de la representación insuficiente de las minorías en la fuerza laboral en el cuidado de salud son significativas. En primer lugar, hay la falta de sensibilidad cultural y la competencia cultural y lingüística en la fuerza laboral del cuidado de salud. Y no es sólo que las minorías encarnan sensibilidad cultural y competencia cultural y lingüística en el cuidado que proporcionan sino que su presencia en la fuerza laboral del cuidado de salud de hecho creará una mayor sensibilidad cultural en la fuerza laboral en general.”

Mientras que los afro-americanos, latinos y americanos nativos componen más del 25

por ciento de la población de los Estados Unidos, representan menos del 9 por ciento de enfermeras(os), 6 por ciento de médicos y 5 por ciento de dentistas.⁴⁵ La fuerza laboral de cuidado de salud de Connecticut refleja deficiencias similares.

Es irónico que las minorías raciales y étnicas constituyen la mina sin explotar más grande de futuros proveedores de cuidado de salud. Para remediar la escasez en la fuerza laboral en enfermería, farmacia y profesiones asociadas a la salud exigiría un reclutamiento intenso en esas comunidades. Se podría lograr con el aumento de oportunidades educativas en las profesiones de salud y el seguimiento a los avances para reducir los vacíos actuales.

Los desafíos son enormes pero las acciones que tomemos hoy representarán la razón de cambios mañana, dando por resultado tratamiento más competente y un mayor acceso a cuidado de calidad para las poblaciones raciales y étnicas.

DIVERSIDAD DE LA FUERZA LABORAL

Recomendación:

El Departamento de Salud Pública de Connecticut debe (a) recopilar y seguir la pista de datos sobre la raza y grupo étnico de todos los profesionales médicos licenciados y presentar un informe anual sobre la diversidad en la fuerza laboral del cuidado de salud del estado y (b) requerir que todos los profesionales del cuidado de salud participen en programas de educación continuada sobre competencia cultural y lingüística por medio de requisitos para el licenciamiento.

Análisis Razonado:

La fuerza laboral del cuidado de salud de Connecticut debe ser competente cultural y lingüística-mente y reflejar la composición racial y étnica del estado.

La recopilación de datos ayuda a identificar corrientes y patrones migratorios y vacíos de acceso en el estado. Ayuda también a los formuladores de políticas y a otros líderes en el cuidado de salud a comprender la naturaleza y amplitud del asunto y hacia dónde deben enfocar su atención.

Según el censo del año 2000, los porcentajes de proveedores de cuidado de salud insuficientemente representados no se acercan ni de lejos a corresponder a las poblaciones raciales y étnicas, las que componen, en combinación, casi el 18 por ciento del estado.⁴⁶

Los afro-americanos representan el 9.1 por ciento de la población de Connecticut pero sólo el 2.2 por ciento de los médicos del estado según los datos de la American Medical Association (Asociación Médica de Connecticut).⁴⁷ Los latinos representan el 9.4 por ciento de la población de Connecticut pero sólo el 2.4 por ciento de los médicos del estado.⁴⁸

Un examen de datos nacionales recientes demuestra la importancia de aumentar la diversidad y competencia cultural en las profesiones de la salud:

- Es más probable que médicos de poblaciones insuficientemente representadas sirvan a pacientes de color, lo que mejora los problemas de acceso.⁴⁹
- Una encuesta halló que 69 por ciento de afro-americanos, 45 por ciento de latinos y 35 por ciento de asiáticos/isleños del Pacífico que son estudiantes dentales tenían la intención de ejercer su profesión en comunidades insuficientemente servidas después de la graduación.⁵⁰

- Es más probable que los psicólogos de poblaciones insuficientemente representadas ejerzan su profesión en comunidades raciales y étnicas.⁵¹
- Los pacientes de comunidades raciales y étnicas minoritarias están más satisfechos del cuidado que reciben de profesionales insuficientemente representados históricamente.⁵²

Además, todos los profesionales de salud, sin que importe sus antecedentes étnicos, necesitan educación continua para que puedan trabajar eficazmente con poblaciones diversas cultural y lingüísticamente.

El propósito de la educación continua es proteger al público asegurando que los profesionales de cuidado de salud tienen oportunidades académicas para actualizar sus conocimientos y destrezas y estimular a profesionales a aprender el uno del otro a través de redes de contactos.

La educación continua en el campo de la competencia cultural y lingüística les permite a estos profesionales trabajar con más eficacia en entornos multiculturales y con personas que son diferentes a ellos cultural y lingüísticamente.

Es posible que si los responsables de licenciamiento y acreditación requirieran cierto número de horas de educación continua en competencia cultural y lingüística se pudiera mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, aumentar el cumplimiento de los pacientes con los consejos para la promoción en el campo médico y de salud y rebajar la ocurrencia de errores médicos.

Recomendación:

El Departamento de Salud Pública de Connecticut debería emparejar los dineros federales asignados a un programa nacional anual de perdón de préstamos; centrar esos fondos en la atracción a las profesiones de salud de un número mayor de estudiantes insuficientemente representados históricamente y promover el programa de perdón de préstamos amplia y eficazmente.

Análisis Razonado:

Los programas de perdón de préstamos pueden ser la única oportunidad para que algunos estudiantes asistan a la universidad y entren después en las profesiones de cuidado de salud. Se debería requerirle al Departamento de Salud Pública emparejar los dineros federales asignados a Connecticut para que nuestros estudiantes puedan recibir la mayor ayuda financiera posible.

El gobierno federal ha asignado actualmente a Connecticut \$294,500 para el programa de perdón de préstamos federal pero el estado sólo desembolsa \$122,620 en fondos pareados, dejando sin usar miles de dólares federales.⁵³ El Departamento debe promover el programa lo suficiente para así poder usar todos los fondos a los que tiene derecho.

Las razones son claras:

- Un programa activo de perdón de préstamos puede estimular a muchos más estudiantes de poblaciones insuficientemente representadas históricamente a dedicarse a las profesiones de salud.
- Debido a los altos costos, muchos estudiantes de poblaciones insuficientemente representadas no tienen la oportunidad de asistir a una universidad porque muchos de ellos son personas que provienen de familias de bajos ingresos.

- Las matrículas y cuotas en las escuelas de odontología aumentaron en un 84.6 por ciento del año académico 1991-92 al año académico 1997-98, y el aumento mayor fue en las escuelas del sector público (94.5 por ciento).⁵⁴
- Las fuentes de ayuda subvencionadas han disminuido. Por ejemplo, los “Pell Grants” cubrían el 84 por ciento de los costos de asistir a una universidad de cuatro años en el año académico 1976 pero sólo el 39 por ciento en el año 2000.⁵⁵ Al mismo tiempo, las universidades están aumentando los otorgamientos basados en méritos en vez de necesidad y en las instituciones privadas los otorgamientos para estudiantes de medianos ingresos han sobrepasado los otorgados a estudiantes de bajos ingresos.⁵⁶

Recomendación:

El Departamento de Educación Universitaria de Connecticut debe requerir que las instituciones públicas y privadas en las profesiones de salud establezcan planes estratégicos que incluyan metas, normas, políticas y mecanismos de responsabilidad específicos en las profesiones de salud que aseguren la diversidad institucional y la competencia cultural. Como parte de esos planes, estas instituciones deben:

- Demostrar cómo reclutan, retienen y gradúan a estudiantes de poblaciones insuficientemente representadas históricamente e informar de su rendimiento anualmente.
- Basar las decisiones sobre admisiones en un examen amplio de cada aspirante (equilibrando la consideración de datos cuantitativos y cualitativos) e incluir a representantes de comunidades insuficientemente representadas en los comités de admisiones.

Análisis Razonado:

Las instituciones educativas del estado pueden diversificar la fuerza laboral del cuidado de salud más rápidamente mediante un acercamiento enfocado al reclutamiento y retención de estudiantes de poblaciones insuficientemente representadas.

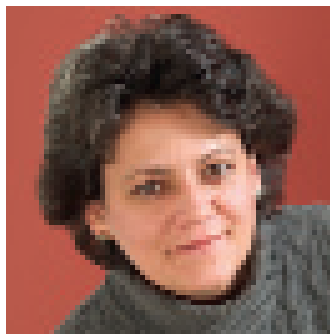
Muchos estudios muestran que el aumento en la cantidad y diversidad de la fuerza laboral en el campo de la salud tiene un impacto positivo en la sociedad en general y en las comunidades insuficientemente servidas en particular. Como ya lo hemos indicado, una mayor diversidad entre los profesionales del cuidado de salud guarda relación con un mejor acceso a cuidado, más oportunidades para escoger y más satisfacción de parte de los pacientes y una mejor comunicación entre proveedor y paciente.⁵⁷ Y, sin embargo, Connecticut está retrasado con respecto a otros estados en cuanto al aumento de la diversidad de su fuerza laboral en el campo de la salud. Aunque ha habido adelantos moderados en el número de profesionales en el campo de la salud de las comunidades afro-americana y latina, la tasa de crecimiento es más baja que el crecimiento de esas poblaciones.

Cambiar la composición racial y étnica de la fuerza laboral de cuidado de salud representa una tarea compleja y difícil. Ha sido lento el logro de aumento en el número de representantes de comunidades insuficientemente servidas por varias razones, inclusive educación pre-profesional inadecuada; el alto

costo de la matrícula, y políticas y entornos institucionales como políticas de admisiones inflexibles, pocos mentores si los hay, y la falta de un cuerpo docente de las comunidades insuficientemente representadas históricamente.⁵⁸

Una de las soluciones es exigir más responsabilidad por la forma en que las instituciones educativas en el campo del cuidado de salud atraen, retienen y gradúan a miembros de poblaciones insuficientemente representadas. Es de vital importancia que en tiempos de escasos recursos las instituciones universitarias desarrollen un plan estratégico global para diversificar tanto el cuerpo estudiantil como el cuerpo docente.

El Departamento de Educación Universitaria de Connecticut debe requerir que las instituciones desarrollen planes claros y prácticos que estimulen a estudiantes de comunidades insuficientemente representadas a seguir carreras en el campo del cuidado de salud y aumenten significativamente su número dentro de los cuerpos docentes.



*fila superior, de izquierda a derecha, Carrie Saxon Perry, Georgina I. Lucas, Gregory B. Butler
fila inferior, de izquierda a derecha, Sanford Cloud, Jr., James Griffin, Jeannette B. DeJesús*

Miembros del Panel de Políticas

Sanford Cloud, Jr., Presidente

De 1994 a 2004, sirvió de Presidente de National Conference for Community and Justice (NCCJ), el primer afro-americano en dirigir NCCJ desde su fundación. Antes, Cloud, abogado, sirvió de Senador Estatal de Connecticut y de ejecutivo superior de Aetna Life & Casualty Company.

Tina Brown-Stevenson

Tina Brown-Stevenson, Ejecutiva Certificada de Cuidado Dirigido, es la Directora Comercial de Aetna Integrated Informatics, dedicada a investigar y desarrollar productos y servicios sofisticados clínicos y de información financiera.



Tina Brown-Stevenson



David G. Carter, Sr.



Larry M. Gold

Gregory B. Butler, J.D.

Gregory B. Butler es Vice Presidente Principal, Secretario y Abogado General de Northeast Utilities System (NU). Antes, temprano en su carrera, sirvió de abogado principal en el Departamento de Justicia de los Estados Unidos y de abogado asociado del Líder Minoritario de la Asamblea del Estado de Nueva York.

David G. Carter, Sr., Ph.D.

David George Carter es Presidente de Eastern Connecticut State University (ECSU). Antes de asumir la presidencia de Eastern en 1988, Carter fue Vice Presidente Asociado de Asuntos Académicos, Decano Asociado de la Escuela de Educación y Profesor de Administración Educativa de la Universidad de Connecticut.

Jeannette B. DeJesús, M.P.A., M.S.W.

Jeannette DeJesús es la Directora Ejecutiva de Hispanic Health Council (Concilio Hispano de Salud), una organización de 25 años basada en Hartford con el compromiso de mejorar la salud y bienestar de los puertorriqueños y latinos y otras comunidades insuficientemente representadas por medio de investigaciones centradas en la comunidad, servicios directos, adiestramiento y apoyo activo.

Larry M. Gold

Larry Gold es Presidente y Director Ejecutivo de Centro Médico de Niños de Connecticut, un puesto que ha tenido desde 1997. Antes de venir a Hartford, Gold fue el administrador del Hospital de Niños de Illinois.

James Griffin

James Griffin, por mucho tiempo activista comunitario, es Presidente de la sucursal de Gran Waterbury de NAACP y el ex presidente reciente de la Conferencia Estatal de Connecticut de las sucursales de NAACP.



Dannel P. Malloy



Curtis L. Patton



Ramón Rojano

Georgina I. Lucas, M.S.W.

Georgina Lucas es Directora Asistente del Programa de Académicos Clínicos Robert Wood Johnson de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale.

Anteriormente Lucas Sirvió — de asesora gerencial para ejecutivos de agencias sin fines de lucro y fue la directora fundadora de Centro para Prácticas Innovadoras de la Escuela de Posgrado de Trabajo Social de Smith College, en Northampton, Mass.

Dannel P. Malloy

Dannel P. Malloy está cumpliendo su tercer mandato de Alcalde de Stamford. Es también miembro del directorio de la Conferencia de Alcaldes de Estados Unidos, Vice Presidente del Grupo de Trabajo de Alcaldes y Escuelas Públicas y Co-Presidente del Grupo de Trabajo de Pequeños Negocios/Socio America.

Curtis L. Patton, Ph.D.

Curtis Patton es Profesor y Director de División de Salud Global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale. Es también miembro del cuerpo docente de la División de Epidemiología de Enfermedades Micróbicas de Yale.

Carrie Saxon Perry

Carrie Saxon Perry sirvió de Alcaldesa de Hartford de 1987 a 1993. Actualmente es Presidenta del Proyecto de Historia de Negros de Hartford, una exposición de la comunidad afro-americana de Hartford de fines del siglo XIX al siglo XX.

Ramón Rojano, M.D., M.P.H.

Ramón Rojano, M.D., M.P.H., es Director del Departamento de Servicios Humanos de Hartford así como Profesor Adjunto de Medicina Comunitaria de la Universidad of Connecticut.



Reconocimientos

El personal y Junta de Connecticut Health Foundation (Fundación de Salud de Connecticut) quieren expresar su más profundo agradecimiento y aprecio a los distinguidos miembros del Panel de Políticas por su dedicación a este proyecto desafiante y su firme compromiso a la eliminación de la plaga de las disparidades de salud raciales y étnicas. Se unieron estos líderes del estado para hacer una contribución invaluable al pueblo de Connecticut.

No hubiera sido posible este informe sin la ayuda de expertos en políticas, proveedores de cuidado de salud, investigadores, líderes de vecindarios y miembros de la comunidad que proporcionaron sus ideas, discernimiento y experiencias al Panel de Políticas sea en audiencias públicas o en consultas. Connecticut Health Foundation aprecia enormemente sus contribuciones significativas.

AUDIENCIA PÚBLICA DE BRIDGEPORT – 8 DE JUNIO DE 2004

Moderador

Gwen Taylor-Edwards, *News12 Connecticut*

Introducciones

Barbara Edinberg, *Bridgeport Child Advocacy Coalition*

Testimonio de expertos

Conrado Bárzaga, *Southwestern AHEC, Sacred Heart University*

Sharon Lewis, *Connecticut Coalition for Environmental Justice*

Mary Scully, *Khmer Health Advocates, Inc.*

Testimonio del público

Mary Alice Cook

Rick Cruz, *Bridgeport Community Health Center*

Barbara Edinberg, *Bridgeport Child Advocacy Coalition*

Meredith Ferraro, *Southwestern AHEC, Sacred Heart University*

Ralph Ford, Jr., *Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services*

Philip Greiner, *Fairfield University*

Frances Haynes, *Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services*

Tom Hill, *Bridgeport Community Health Center*

Frances Newby, *Southwest Community Health Center*

Marilyn Ondrasik, *Bridgeport Child Advocacy Coalition*

Mariano Ortíz, *Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services*

Janet Srinivasan, *Southwest Community Health Center*

Kathy Yacavone, *Southwest Community Health Center*

AUDIENCIA PÚBLICA DE WILLIMANTIC – 14 DE JULIO DE 2004

Moderador

John Robert Allen, *North End Agents*

Introducciones

Katherine Fowler, *Windham Regional Community Council*

Michael Paulhus, *Town of Windham*

Walter Pawelkiewicz, *Connecticut General Assembly*

Jane Metzler Potz, *Windham Regional Community Council*

Edith Prague, *Connecticut General Assembly*

Testimonio de expertos

David I. Gregorio, *University of Connecticut*

Rafael Pérez-Escamilla, *University of Connecticut*

Testimonio del público

Irving Buchbinder, *Community Health Services*

Catina Colón-Owen

Adrienne Marks, *Willimantic WIC Program*

Bill Powers, *Windham High School*

Arvind Shaw, *Generations Family Health Center*

AUDIENCIA PÚBLICA DE HARTFORD – 14 DE SEPTIEMBRE DE 2004

Moderador

Rick Hancock, *Fox 61 News*

Introducciones

Dennis Coley, *Connecticut Department of Children and Families*

Duncan Harris, *Alpha Phi Alpha Fraternity, Inc.*

The Rev. Barbara Headly, *Faith Congregational Church*

Gil Martínez, *Hispanic Professional Network*

Testimonio de expertos

Charles Huntington, *Connecticut AHEC*

Mary Lyon, *Connecticut Hospital Association*

Lloyd Mueller, *Connecticut Department of Public Health*

Alondra Nelson, *Yale University*

Testimonio del público

José Arce, *Connecticut Coalition for Environmental Justice*

Larry Deutsch, *Pediatrician*

Marcia Smith Glasper, *Citizens for Quality Sickle Cell Care, Inc.*

Pauline Johnson, *Bloomfield resident*

Mark Mitchell, *Connecticut Coalition for Environmental Justice*

ADiestRAMIENTO DEL PANEL DE POLÍTICAS (PÓLIZAS) DEL 3 DE FEBRERO DE 2004

Joseph R. Betancourt, *Massachusetts General Hospital-Harvard University Medical School*

Brian Smedley, *Division of Health Sciences Policy of the Institute of Medicine (IOM)*

DESARROLLO DEL INFORME DEL PANEL DE POLÍTICAS

Patricia Baker, *Personal investigador*

Mike Cannata, *Hitchcock Impresiones*

William Crimi, *Director del proyecto*

CulturedExpressions.com, *Diseños de telas de Ghana*
(usadas en cejas)

Monette Goodrich, *Redactora*

Roslyn Hamilton, *Personal investigador*

Donald L. Heymann, *Escritor*

Janet Mauer, *Redactora de pruebas*

Jennifer Pomales, *Personal investigador*

RDP Agency LLC, *Servicios de traducción*

Pat Richter, *Asesora*

Eva Weymouth, *Diseñadora*

Gale Zucker, *Fotógrafa*

INFORME DE REVISADORES

Pamela K. Anderson, *Join Together/Boston University*
School of Public Health

Ignatius Bau, *The California Endowment*

Anne C. Beal, *The Commonwealth Fund*

Joseph R. Betancourt, *Massachusetts General Hospital-*
Harvard University Medical School

Humberto Brown, *Arthur Ashe Institute of Urban Health*

Jeannette B. DeJesus, *Hispanic Health Council*

Deacon D. Dzierzawski, *The Community Partnership*

Forrester A. Lee, *Yale University, School of Medicine*

Suganya Sockalingam, *Georgetown University Center for*
Child and Human Development

RECURSOS

Nancy Alderman, *Environment and Human Health, Inc.*

Olga Armah, *Connecticut Office of Health Care Access*

Constance Belton-Green, *Eastern Connecticut State*
University

Donna Miller Benjamin, *University of Connecticut Center*
for Academic Programs

Nancy Berger, *Connecticut Department of Public Health*

Dan Brown, *U.S. Environmental Protection Agency*

Diane Devries, *Connecticut Coalition for Justice in*
Educational Funding

David DiMaio, *Connecticut Department of Public Health*

Judy Dowd, *Connecticut State Office of Policy*
and Management

Mario García, *Connecticut Department of Public Health*

Catherine Kennelly, *Connecticut Department of*
Public Health

Mary Alice Lee, *Connecticut Voices for Children*

F. Peter Libassi, *Former CHF Board Member*

Brian Lindgren, *Washington State Department of Social*
and Human Services

Ann Marie Montemerlo, *Connecticut Department of*
Public Health

Alondra Nelson, *Yale University*

Francis Padilla, *Universal Health Care Foundation of*
Connecticut, Inc.

Edith Pestana, *Connecticut Department of*
Environmental Protection

Arthur Poole, *Connecticut Department of Higher Education*

Vine Samuels, *Connecticut Department of Public Health*

Kendra Shakir, *Connecticut State Department of Education*

Helen Swede, *Connecticut Department of Public Health*

Jim Tobias, *Georgia Department of Human Services*

Steven Warren, *Connecticut Transit*

Madeleine Weil, *Environment Northeast*

Referencias

- 1 United Health Foundation, "America's Health: State Health Rankings. A Call to Action for People and Their Communities," 2004 Edition, Table 13 – Years of Potential Life Lost Before Age 75, 1999-2001 by Race/Ethnicity, p. 86.
- 2 *Ibid.*, p. 86.
- 3 Woolf, Steven H. et al. "The Health Impact of Resolving Racial Disparities: An Analysis of U.S. Mortality Data." *American Journal of Public Health*. December 2004, Vol. 94, No. 12. p. 2078.
- 4 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, "Health, United States, 2004 with Chartbook on Trends in the Health of Americans," Table 27 – Life Expectancy at Birth, at 65 Years of Age, and at 75 Years of Age, According to Race and Sex: United States, Selected Years 1900-2000. DHHS Publication No. 2004-1232, 2004, p. 143.
- 5 Connecticut Department of Public Health, "State of Connecticut. One Hundred Fifty-First Connecticut Registration Report: Births, Deaths, Marriages, Divorces," for the year ended December 31, 1998, (Hartford: Connecticut Department of Public Health, May 2000), p. 25.
- 6 March of Dimes Perinatal Profiles, 2003: Connecticut, available at www.peristats/ataglance/09.pdf.
- 7 Connecticut Department of Public Health, "Multicultural Health: The Health Status of Minority Groups in Connecticut," (Hartford: Connecticut Department of Public Health, June 1999), p. 23.
- 8 *Ibid.*, p. 20.
- 9 Connecticut: Adult/Adolescent AIDS Case Rate per 100,000 Population by Race/Ethnicity, 2003, based on data from the Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention-Surveillance and Epidemiology, Special Data Request, December 2004, available at Kaiser Family Foundation State Health Facts, www.statehealthfacts.kff.org.
- 10 Jack H. Geiger, "Racial and Ethnic Disparities in Diagnosis and Treatment: A Review of the Evidence and a Consideration of Causes," (City University of New York Medical School, *Unequal Treatment 2002: Paper Contributions*), p. 423.
- 11 Peter T Kilborn, "Health Gap Grows, with Black Americans Trailing Whites, Studies Say," *The New York Times*. January 26, 1998, late edition – final, section A, p. 16, col. 1.
- 12 National Conference of State Legislatures, "Health Policy Tracking Service: Overview of State Tobacco Legislation and Activities," July 13, 1999, p. 3.
- 13 Tobacco Free Kids, Special Reports, State Tobacco Settlement: Connecticut, FY2005 Rankings of State Funding for Tobacco Prevention, www.tobaccofreekids.org.
- 14 *Ibid.*
- 15 Office of Transportation and Air Quality, U.S. Environmental Protection Agency, regulatory announcement, "Heavy-Duty Engine and Vehicle Standards and Highway Diesel Fuel Sulfur Control Requirements," EPA420-F-00-057, December 2000.
- 16 Michael Stoddard and Madeleine Weil, "Cleaning Up Diesel Pollution in New England: A Background Report for Policymakers and Advocates," (*Environment Northeast*, Winter 2004-2005), p. 3.
- 17 National Archives and Records Administration, Federal Register, Part V, Environmental Protection Agency, Vol. 66, No. 12, Rules and Regulations, "Control of Air Pollution from New Motor Vehicles: Heavy-Duty Engine and Vehicle Standards and Highway Diesel Fuel Sulfur Control Requirements; Final Rule," January 18, 2001, p. 5016.
- 18 *Ibid.*, pp. 5002-5005.
- 19 Stoddard and Weil, "Cleaning Up Diesel Pollution," p. 6.
- 20 Steven Warren, Assistant Maintenance Manager, Connecticut Transit. Conversations on January 19-20, 2005.
- 21 Steven Warren.
- 22 Connecticut Office of Health Care Access, "Snapshot: Connecticut's Health Insurance Coverage. Results of the Office of Health Care Access 2004 Household Survey," (Hartford: Connecticut Office of Health Care Access, January 2005), pp. 3, 11.
- 23 United Health Foundation, "America's Health: State Health Rankings. A Call to Action for People and Their Communities," 2004 edition, Table 13 — Years of Potential Life Lost before Age 75, 1999-2001 by Race/Ethnicity, p. 86.
- 24 Fred V. Carstensen, "Uninsured in Connecticut: An Overview," Connecticut Center for Economic Analysis, p. 13.
- 25 *Ibid.*, p. 12.
- 26 Connecticut Department of Public Health, "Multicultural Health: The Health Status of Minority Groups in Connecticut," (Hartford: Connecticut Department of Public Health, June 1999), p. 17.
- 27 National Research Council, "Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs," (Washington, D.C.: The National Academies Press, 2004), p. 223.

- 28 Catherine Kennelly, Chief Financial Officer, and Nancy Berger, Director of Public Health Initiatives, Connecticut Department of Public Health. Conversations on January 20, 2005.
- 29 National Research Council, "Eliminating Health Disparities," p. 224.
- 30 *Ibid.*, pp.90-91.
- 31 "An Act Concerning Access to Data by the Department of Public Health," Public Act no. 02-65 for Senate Bill No. 573, approved May 23, 2002, CGA, LCO No. 2225.
- 32 National Research Council, "Eliminating Health Disparities," p.90.
- 33 Jim Tobias, "Health Information Factory Project," Office of Health Information and Policy, Division of Public Health, Georgia Department of Human Resources. Conversation in December 2004.
- 34 U.S. Census 2000 Brief, "Language Use and English-Speaking Ability: 2000," Issue October 2003, Table 2 – Language Use and English-Speaking Ability for the Population 5 Years and Over for the United States, Regions and States, and for Puerto Rico: 1990 and 2000, p. 5.
- 35 Mary Alice Lee, Ph.D., Senior Policy Fellow, Connecticut Voices for Children, October 2004 Enrollment File for all HUSKY A Enrollees — Adults and Children — Individually listed with a Primary Language Other than English Spoken by Heads of Household, November 22, 2004, malee@ctkidslink.org.
- 36 U.S. Census Bureau, Connecticut Quickfacts, "Language Other than English Spoken at Home, Percentage Age 5+, 2000," <http://quickfacts.census.gov/qfd/>.
- 37 U.S. Office of Management and Budget, Report to Congress, "Assessment of the Total Benefits and Costs of Implementing Executive Order No. 13166: Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency," March 14, 2002, p. 56.
- 38 Jane Perkins, et al., "Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: Legal Rights and Responsibilities," 2d ed., August 2003, National Health Law Program, p. 6.2.
- 39 Perkins, "Ensuring Linguistic Access," p. 6.6.
- 40 Glenn Flores, et al., "Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters," *Pediatrics*, Vol. 111, No. 1. January 2003, p. 12.
- 41 Brian Lindgren, Program Manager, Language Testing and Certification Program, Washington State Department of Social and Human Services. Conversations in December 2004.
- 42 *Ibid.*
- 43 "An Act Concerning Linguistic Access in Acute Care Hospitals," Public Act No. 00-119 for Substitute Senate Bill No. 539, approved May 26, 2000.
- 44 Perkins, "Ensuring Linguistic Access," p. 6.4.
- 45 The Sullivan Commission, "Missing Persons: Minorities in the Health Professions," A Report of the Sullivan Commission on Diversity in the Health Care Workforce, September 2004, p. 48.
- 46 U.S. Census Bureau, Connecticut Quickfacts, "Percentages of Racial and Ethnic Populations," 2000. <http://quickfacts.census.gov/qfd/>.
- 47 American Medical Association Physicians' Professional Data, 2004.
- 48 *Ibid.*
- 49 Sullivan Commission, "Missing Persons," p. 24.
- 50 *Ibid.*
- 51 Brian D. Smedley, ed. et al., "In the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce," Institute of Medicine of the National Academies, (Washington, D.C.: The National Academies Press, 2004), pp.29-30.
- 52 Sullivan Commission, "Missing Persons," p. 24.
- 53 Mario García, M.D., Program Manager, Connecticut State Loan Repayment Program, Connecticut Department of Public Health. Conversation on January 28, 2005.
- 54 Sullivan Commission, "Missing Persons," p. 93.
- 55 *Ibid.*
- 56 Smedley, "In the Nation's Compelling Interest," p. 92.
- 57 *Ibid.*, pp. 29-33.
- 58 *Ibid.*, pp. 6-15.



74B Vine Street, New Britain, CT 06052

860.224.2200

www.cthealth.org

Connecticut Health Foundation (Fundación de Salud de Connecticut — CHF en inglés) es la fundación independiente, sin fines de lucro, otorgadora de subvenciones (“grants”) más grande del estado y dedicada a mejorar la salud del pueblo de Connecticut por medio del cambio sistémico, innovaciones de programas y el análisis de políticas de salud pública.

CHF ha proporcionado fondos por más de \$17.8 millones en subvenciones desde su fundación en julio de 1999 en tres áreas de prioridad — salud mental de niños, la reducción de las disparidades de salud raciales y étnicas y la salud oral.

Visite, por favor, www.cthealth.org
para trasvasar una copia de este informe en inglés y español.