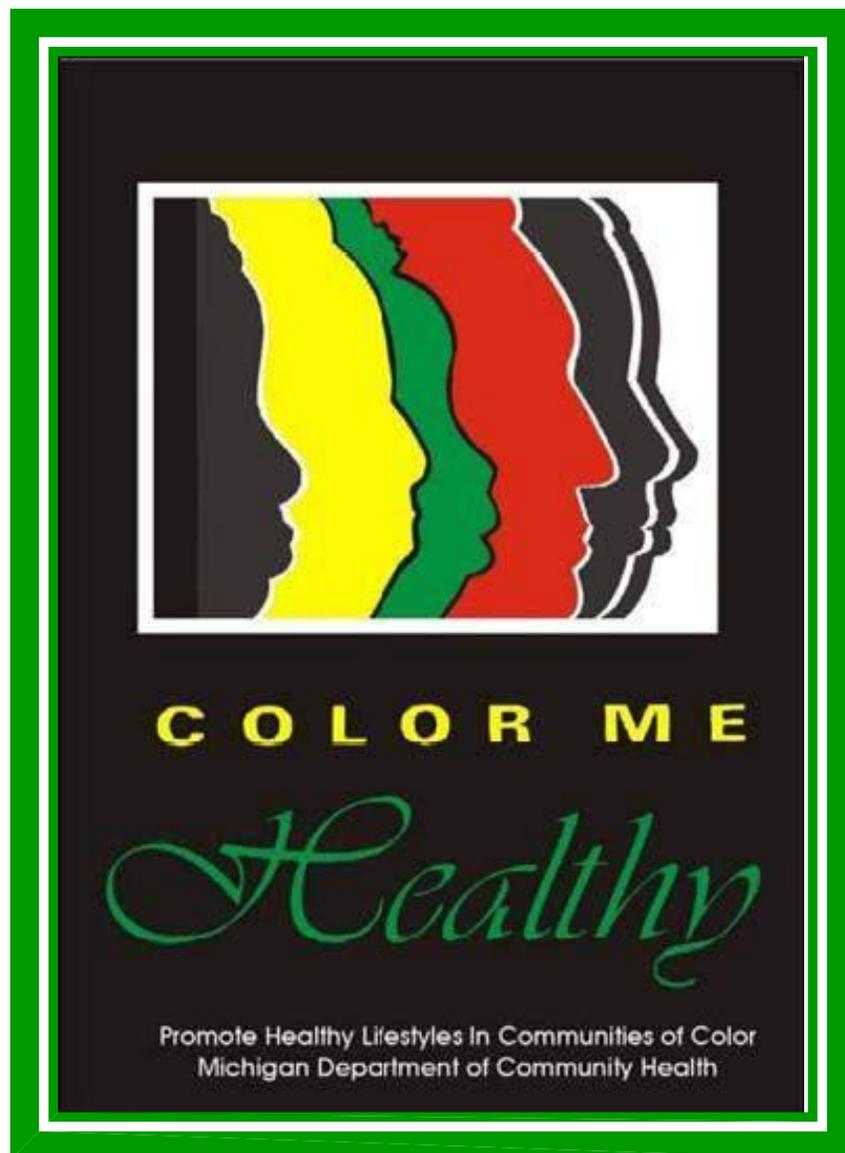


**Departamento de Salud  
Comunitaria de Michigan**

**Informe sobre la equidad en  
la salud 2010**



**Publicado en abril de 2011**

# **Informe sobre la equidad en la salud 2010**

## **Resumen ejecutivo**

El Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (MDCH) completó su cuarta evaluación anual de los esfuerzos departamentales para reducir las disparidades de salud raciales y étnicas. El informe de este año, el Informe sobre la equidad en la salud 2010, tiene un doble propósito. Al igual que los informes anteriores, sirve como el informe anual de la MDCH que documenta de trabajo para satisfacer los requisitos del Proyecto de Ley N°4455 – PA 653. El segundo propósito del informe es nuevo. A partir de 2010, este informe anual documentará los avances presentes y futuros de la MDCH y sus asociados en la atención de las recomendaciones prioritarias de la recientemente publicada *Hoja de ruta de Michigan en materia de equidad de salud: Una visión y un marco para la mejora de la situación social y de salud de las minorías étnicas y raciales de Michigan*.

La *Hoja de ruta de Michigan en materia de equidad de salud*, publicada en junio de 2010, ofrece recomendaciones para mejorar la situación social y de salud de las minorías raciales y étnicas de Michigan. Este enfoque integrado la brinda a MDCH y a sus asociados la oportunidad de expandir sus esfuerzos tendientes a reducir las disparidades de salud para incluir también el logro de la equidad en la salud.

El Informe sobre la equidad en la salud 2010 está alineado con las cinco principales recomendaciones de la *Hoja de Ruta de la equidad en la salud de Michigan*.

- Mejorar los datos de raza y etnicidad
- Fortalecer la capacidad de gobierno y la comunidad para mejorar las desigualdades raciales/étnicas en materia de salud
- Mejorar los determinantes sociales de la salud
- Asegurar un acceso equitativo a la atención médica de calidad
- Fortalecer la capacidad, la participación y la integración de la comunidad

El Anexo A ilustra el cruce peatonal con recomendaciones de la Hoja de ruta para los requisitos del Proyecto de Ley N° 4455 – PA 653.

Los datos presentados en este informe fueron obtenidos de diversas fuentes, entre ellas la encuesta en línea 2010 de las administraciones y organismos de la MDCH, entrevistas a informantes clave y análisis de documentos clave. Los datos de la encuesta en línea provinieron de las respuestas de las unidades organizativas predominantes de la MDCH, generalmente denominadas "administraciones", y sus sub-unidades, generalmente llamadas "organismos". Los que respondieron a la encuesta del 2010 representan cuatro de las seis administraciones y 10 de los 19 organismos. El Anexo B identifica las administraciones y organismos que respondieron a la encuesta en línea.

Igual que en años anteriores, la MDCH continuó centrando su trabajo en reducir las disparidades de salud en los principales grupos étnicos y raciales de población de Michigan: afroamericanos, hispanos/latinos, nativos americanos indios y de Alaska, asiáticos americanos e isleños del Pacífico, y árabes y caldeoamericanos. En 2010, 2,25 millones de personas de estos grupos fueron atendidos por los programas y servicios financiados por la MDCH. Este informe presenta seis programas y servicios de ejemplo llevados a cabo en 2010.

Además de utilizar y continuar su labor para abordar las disparidades de salud, la MDCH alcanzó varios logros notables que proporcionaron la base sólida necesaria para pasar de la atención en las disparidades de salud a lograr la equidad en salud.

- Publicar la *Hoja de ruta de equidad en la salud de Michigan*
- Crear un conjunto de datos de equidad en la salud
- Proporcionar capacitación sobre los determinantes sociales de la salud
- Financiar subvenciones de construcción de capacidad comunitaria

El Informe sobre la equidad en la salud de 2010 proporciona información detallada sobre el trabajo del Departamento de Salud Comunitaria de Michigan en sus esfuerzos por lograr la equidad racial y étnica en la salud. Para obtener más detalles sobre la información proporcionada en este informe, póngase en contacto con Sheryl Weir, Gerente de la Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías, (313) 456-4355 o en [weirs@michigan.gov](mailto:weirs@michigan.gov).

# **Informe sobre la equidad en la salud 2010**

Las recomendaciones y estrategias presentadas en la *Hoja de ruta de Michigan en materia de equidad de salud* se clasifican en cinco áreas: 1) datos de raza/etnicidad, 2) capacidad del gobierno y la comunidad, 3) determinantes sociales de la salud, 4) acceso a la atención médica de calidad, y 5) participación e integración de la comunidad. Un paso peatonal con estas recomendaciones y los requisitos del Proyecto de Ley N° 4455 - PA 653 se suministra en el Anexo A; este cruce peatonal muestra el alineamiento entre las recomendaciones de la Hoja de Ruta y los requisitos legislativos.

A continuación se indican los avances realizados en 2010 por el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (MDCH) y sus asociados hacia la satisfacción de las recomendaciones. Para acceder a la *Hoja de ruta de Michigan en materia de equidad de salud*, diríjase al sitio Web de la Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMS) MDCH en [www.michigan.gov/minorityhealth](http://www.michigan.gov/minorityhealth).

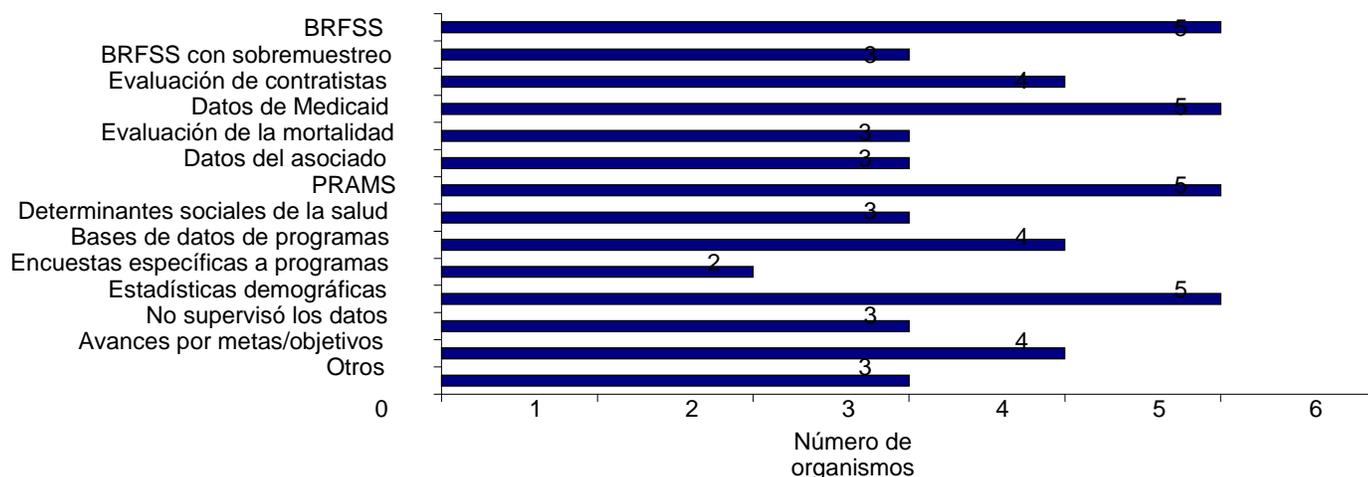
## **Datos de raza/etnicidad**

### **Recomendación 1: Mejorar la raza / la recopilación de datos de etnicidad / los sistemas de datos / la accesibilidad de los datos.**

Con el fin de evaluar las necesidades, planificar los programas y políticas y evaluar el éxito en el logro de la equidad de salud para las minorías raciales y étnicas en Michigan, la MDCH debe supervisar los determinantes sociales de los datos de salud, junto con los datos de los resultados sobre salud. En 2010, MDCH rastreó y supervisó estos datos de varias maneras en los niveles estatales y de las minorías raciales/étnicas de población. Estos datos deben ser recopilados a través del tiempo para supervisar los logros en materia de equidad en la salud.

De las 10 administraciones y organismos de la MDCH que respondieron a la encuesta en línea, seis (60%) informaron que utilizan datos para supervisar las disparidades de salud raciales y étnicas en el año 2010. Utilizaron datos de prevalencia, incidencia, mortalidad, morbilidad, acceso a servicios y utilización para identificar y supervisar las tendencias de las disparidades raciales y étnicas. Los datos también fueron utilizados para identificar las poblaciones en mayor riesgo o necesidad, planificar las intervenciones, y supervisar el desempeño de los programas financiados, los contratistas y los programas estatales. Se identificó una diversidad de fuentes y mecanismos de recolección de datos tales como las encuestas y bases de datos estatales, la recopilación de datos basados en la Web y el empleo de fuentes de datos nacionales. En el siguiente cuadro se identifican las fuentes de datos más utilizadas.

### Fuentes de datos utilizadas en 2010 para supervisar las disparidades de salud



### Recomendación 1a: Asegurar que en los programas de salud y servicios sociales se recopilen datos sobre raza, etnicidad e idioma preferido de todos los participantes.

En 2010, seis (60%) de las administraciones y organismos de la MDCH informaron la recopilación de datos de raza y etnicidad de los participantes que atendieron, y cuatro (40%) recopilaron datos sobre el idioma preferido de los participantes.

El "Idioma preferido" se define como el lenguaje autoidentificado de preferencia a ser utilizado, hablado o escrito durante los encuentros clínicos, de servicio o del programa. El idioma preferido facilita la autoidentificación del idioma que preferiría una persona y el nivel de dominio del inglés de la persona.

### Recomendación 1b: Identificar y establecer una base de datos de equidad sanitaria a ser mantenida dentro de la Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMHS por sus siglas en inglés).

Un requisito importante para la supervisión de la equidad en la salud es la recopilación de datos estandarizada, completa y coherente a través del tiempo. La HDRMHS diseñó la base de datos Equidad en la salud de Michigan (MHEDS) para proporcionar datos estandarizados, completos y coherentes. Además de presentar estimaciones de cada indicador para dos períodos de tiempo, el conjunto de datos incorpora cuatro mediciones para supervisar la equidad racial y étnica en materia de salud en Michigan. La equidad se mide en dos niveles:

- 1) *Equidad por pares* se mide comparando cada población con la población blanca (de referencia).
- 2) *Equidad de población* se mide comparando la distancia de cada grupo respecto de la media de la población.

### Información destacable

#### **Conjunto de datos sobre equidad en la salud de Michigan**

La base de datos de equidad en la salud de Michigan (MHEDS) fue creada como parte de la Hoja de ruta para supervisar disparidades de salud raciales/étnicas y equidad en la salud en Michigan. El conjunto de datos incluye 17 indicadores prioritarios, entre ellos:

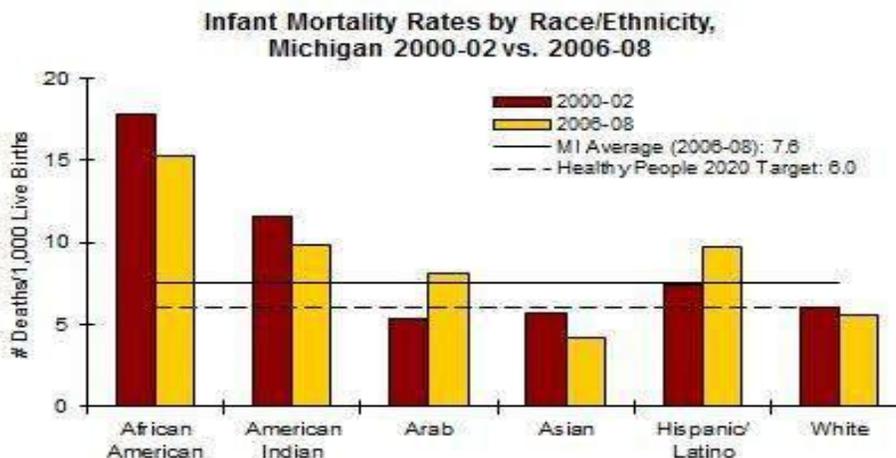
- Estado de salud, comportamiento saludable, asistencia médica
- Los determinantes de la salud, tales como los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud individual y comunitaria
- Resultados sanitarios, tales como enfermedades y fallecimientos

En 2010, la base de datos fue llenada con datos estandarizados de los cinco grupos de minorías raciales/étnicas en dos períodos de tiempo (2000-2004 y 2005-2009). La MDCH seguirá examinando los datos de la MHEDS, y el conjunto de datos se utilizará para supervisar el avance hacia el logro de la equidad en la salud a largo plazo y sustentable para las minorías raciales y étnicas de Michigan. El conjunto de datos será publicado en 2011 en el sitio web de la HDRMS.

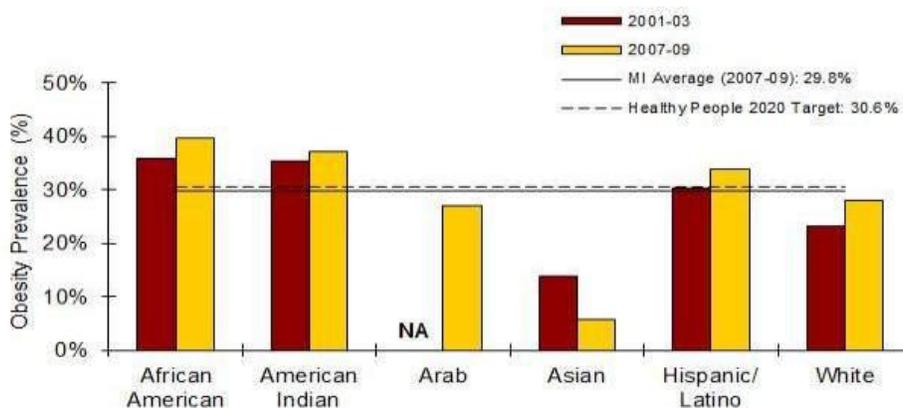
Los siguientes gráficos proporcionan datos de la MHEDS para tres de los nueve indicadores de prioridades. A través del informe se encuentran gráficos de los restantes seis indicadores. Para obtener los datos de MHEDS consultar Anexo C.

Serán supervisados los cambios a través del tiempo por parejas y la equidad de la población para indicar el avance general de Michigan hacia la equidad en salud.

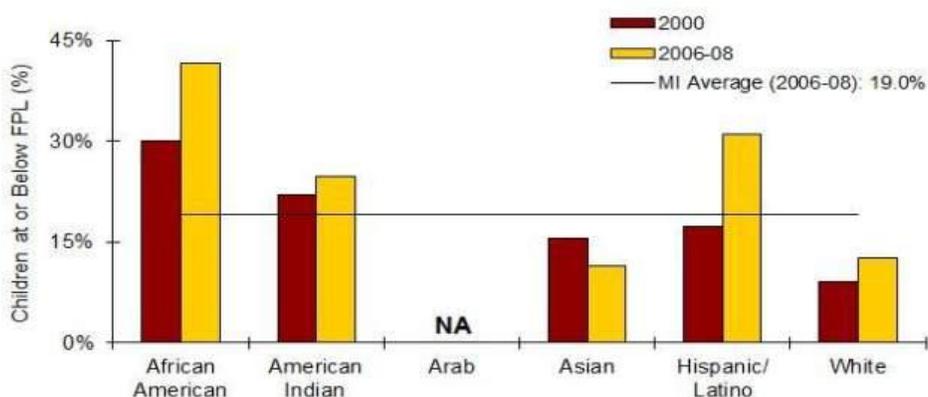
La MHEDS no está concebida para ser utilizada para análisis estadísticos. En cambio está concebida para presentar datos a nivel de grupo a través del tiempo, de modo que puedan ser supervisadas las disparidades entre los grupos. Mediante la recopilación de datos comparables para cada raza/etnicidad en múltiples períodos de tiempo, y mediante la combinación de todos los indicadores en un solo lugar, la MHEDS permite a la HDRMHS y sus asociados supervisar los avances hacia el logro de la equidad racial y étnica en muchas áreas que contribuyan a la equidad de la salud a largo plazo y sostenible en Michigan.



**Obesity Prevalence by Race/Ethnicity,  
Michigan 2001-03 vs. 2007-09**



**Children Living in Poverty by Race/Ethnicity,  
Michigan 2000 vs. 2006-08**



**Recomendación 1c: Establecer una página Web de HDRMHS que informe sobre los datos indicadores de salud, los datos de la equidad en la salud y demás información de salud relacionada con las cinco poblaciones raciales/étnicas atendidas por la Sección.**

*Reducción de las disparidades de salud y la salud de las minorías*  
[www.michigan.gov/minorityhealth](http://www.michigan.gov/minorityhealth)

Durante varios años, el HDRMHS ha mantenido y ampliado la página Web de MDCH Reducción de las disparidades de salud y Salud de las minorías. Durante 2010, esta página Web proporcionó acceso a la visión, misión, marco estratégico, datos, recursos y herramientas de la Sección. En 2010, la Hoja de Ruta de la equidad en la salud de Michigan fue añadida como un documento importante que brindaba datos y recomendaciones sobre la equidad en la salud. La HDRMS incluyó enlaces a sus solicitudes de propuestas, actividades mensuales de salud de las minorías y

subvencionados de creación de capacidad. En el sitio Web se mantuvieron enlaces a la Ley de Salud de las Minorías de Michigan, el Proyecto de Ley N ° 4455 - PA 653 y los informes anteriores de la legislatura. Hubo disponible información sobre la investigación a través del enlace a la Oficina Federal de Salud de las Minorías. En 2010 se desarrollaron planes para añadir la base de datos de equidad en salud de Michigan a la página Web de HDRMHS; el conjunto de datos se añadirá en 2011.

Además de este sitio web, se encontró información adicional sobre la equidad de salud en Michigan, que incluye datos, recursos e investigación, en sitios Web de otros departamentos y programas, en especial la página Web de Estadísticas e Informes de Salud en <http://www.michigan.gov/mdch/0,1607,7-132-2944---,00.html>.

### *Sitio Web de Equidad en la salud*

Los planes para crear un “sitio Web de equidad de la salud comunitaria” patrocinado



por los Subvencionados de la creación de capacidad (CBG) fueron completados en 2010. El sitio Web, programado para ser lanzado en el 2011, tiene por objeto facilitar la participación comunitaria y la discusión del abordaje de la equidad

en la salud, que incluye las disparidades de salud y los determinantes sociales de la salud.

## **Capacidad del gobierno y la comunidad**

### **Recomendación 2: Fortalecer la capacidad del gobierno y las comunidades a fin de desarrollar y mantener colaboraciones y programas eficaces para mejorar las inequidades raciales/étnicas en materia de salud.**

En 2010, la Sección de Reducción de las Disparidades en la Salud / Salud de las Minorías (HDRMHS por sus siglas en inglés) condujo los esfuerzos del MDCH para lograr la equidad en la salud y reducir las disparidades en materia de salud, asegurar políticas, programas y estrategias donde fueran cultural y lingüísticamente apropiados, y colaborar con asociados estatales, locales y privados para avanzar en la promoción de la salud y las estrategias de prevención de enfermedades. La HDRMHS desarrolló, promovió y administró programas de promoción de la salud para las comunidades de color, entre ellas los afroamericanos, hispanos/latinos, nativos americanos indios y de Alaska, asiáticos americanos e isleños del Pacífico y árabes y caldeoamericanos.

Los programas de equidad en la salud que cuentan con enfoques de sistemas y rendiciones de cuentas es más probable que sean efectivos, y a menudo comprenden la planificación estratégica y el establecimiento de metas. El alcance de estos objetivos requiere de asociaciones y colaboraciones a través de una amplia variedad de tipos de organizaciones, así como la participación de los consumidores. Para desarrollar la capacidad, los recursos pueden provenir de diversas fuentes y

deberán ser concentrados en el fortalecimiento de la infraestructura, el cultivo de alianzas y relaciones y el desarrollo de programas y servicios.

De las 10 administraciones y organismos de la MDCH que respondieron la encuesta en línea, el 80% (8) proporcionaron datos sobre las poblaciones raciales y étnicas que atendían. Los siguientes datos proporcionan una instantánea de los grupos de población atendidos en 2010.

- El 100% (8) atendió a todos los grupos de población raciales y étnicos
  - Afroamericanos
  - Hispanos/Latinos
  - Indios americanos / Nativos de Alaska
  - Asiáticos americanos / Isleños del Pacífico
  - Árabes y caldeoamericanos
  
- El 87,5% (7) atendió a todos los grupos de edades
  
- El 100% (8) atendió hombres y mujeres
  
- 2.250.707 atendidos<sup>1</sup>
  - 1.315.169 afroamericanos
  - 262.865 hispanos/latinos
  - 31.515 indios americanos / nativos de Alaska
  - 178.230 asiáticos americanos / isleños del Pacífico
  - 420.145 Árabes y caldeoamericanos
  - 42.783 Otros

**Recomendación 2a: HDRMHS examinará y revisará sus prioridades de financiación en un esfuerzo por fortalecer la capacidad de los organismos estatales y locales para implementar programas basados en evidencias que mejoren la equidad en materia de salud para las comunidades minoritarias raciales y étnicas.**

En 2010, la HDRMHS cambió su enfoque de financiamiento, pasando de financiar programas y servicios a ayudar a los organismos a construir capacidad. Mediante una combinación de fondos federales y estatales, la Sección creó un programa de Subvenciones para la construcción de capacidad (CBG) de dos etapas a fin de aumentar la capacidad de las comunidades para movilizar a la salud pública local, las organizaciones comunitarias y religiosas y otros asociados importantes en el logro de la equidad en salud. En Mayo de 2010, se otorgaron fondos a 16 proyectos (Fase I)

---

<sup>1</sup> Estos datos podrían contar la misma persona más de una vez, ya que las personas pueden haber recibido más de un servicio. No es posible proporcionar el número de individuos específicos que recibieron servicios a través de todas las administraciones y organismos de la MDCH.

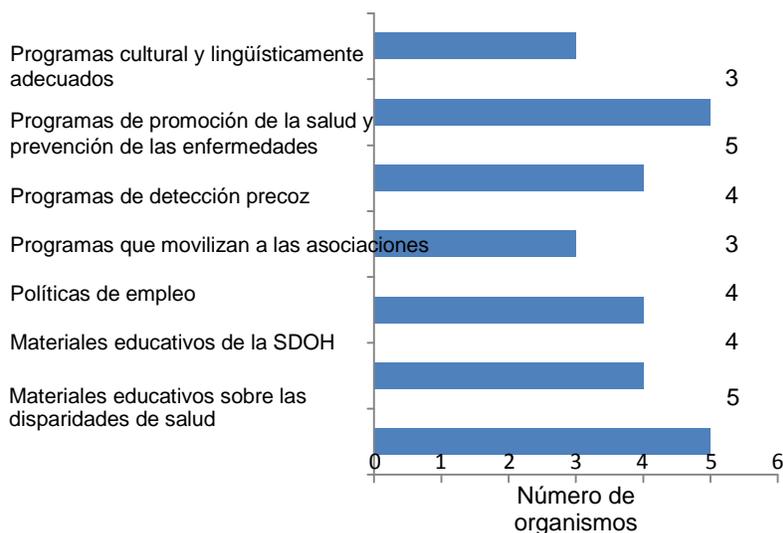
para construir la suficiente capacidad como para desarrollar una propuesta integral para su financiamiento en 2011 (Fase II). En octubre de 2010, la HDRMHS emitió una solicitud de propuestas competitivas para proyectos de la Fase II, como resultado de la cual siete organizaciones recibieron fondos para proyectos para el 2011; el financiamiento osciló entre \$30.000 a \$55.000 por proyecto. Los subvencionados de la Fase I que no recibieron financiamiento de la Fase II fueron alentados a identificar otras fuentes de financiamiento para continuar con su importante labor. Para obtener información adicional sobre el programa de CBG consulte las páginas 19 y 20 y el Adjunto D.

Además de la financiación de la HDRMHS, varias administraciones y organismos de la MDCH dedicaron financiación específica para atender la equidad en la salud, las disparidades de salud o los determinantes sociales de la salud. Las respuestas a la encuesta 2010 reveló que el 60% (6) de las administraciones y organismos recibieron o redirigieron los fondos existentes para mejorar la equidad de salud para las minorías raciales y étnicas. Las fuentes de financiamiento fueron:

- Federal, 83%
- Estatal, 33%
- Fundación, 33%.

Los niveles de financiamiento no permanecieron necesariamente uniformes desde 2009. De las seis administraciones y organismos que *recibieron o redirigieron* fondos, dos (33%) señalaron que recibieron menos fondos estatales y una señaló menos financiación federal en 2010 en comparación con 2009; de ellas, una fuente de financiamiento tenía como único propósito la reducción de las disparidades de salud raciales y étnicas. De las 10 que respondieron, cinco informaron que *financiaron programas, servicios o actividades* para abordar la equidad en la salud para las minorías raciales y étnicas. Este financiamiento fue utilizado en una variedad de maneras.

**Programas o servicios financiados por la MDCH para impactar la equidad en la salud, 2010**



**Recomendación 2b: Cultivar e incentivar las asociaciones con organismos gubernamentales, entidades sin fines de lucro, organizaciones de base comunitaria, empresas y entes de salud para atender las causas profundas de las inequidades en materia de salud en las comunidades minoritarias raciales y étnicas.**

La *Hoja de ruta de Michigan en materia de equidad de salud* fue creada por la HDRMHS junto con los residentes, las organizaciones de salud pública, comunitarias y religiosas, los profesionales de la salud y la atención médica, los investigadores y las instituciones académicas. Tal como se señaló anteriormente en este informe, la Hoja de ruta fue creada para estimular la coordinación de esfuerzos entre los asociados del gobierno, la atención de la salud y la comunidad para abordar y mejorar los determinantes sociales y económicos de la salud y mejorar los resultados específicos en materia de salud. La pieza central de la Hoja de Ruta es la lista de recomendaciones elaborada luego de una exhaustiva revisión de las políticas y programas de equidad en la salud implementados por organizaciones nacionales y con sede en Michigan, junto con los comentarios recibidos del personal de los organismos del gobierno, las organizaciones y miembros de la comunidad y partes involucradas de varios sectores que aportaron sus sugerencias en diversos foros. El cumplimiento de estas recomendaciones requerirá un compromiso sostenido e innovador, la colaboración multisectorial centrada en abordar los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de la comunidad. El HDRMHS difundió ampliamente la Hoja de ruta, y también la publicó en la página Web de la HDRMHS.

Para el éxito del programa es necesario un abordaje a nivel de sistemas, anclado con metas y objetivos. De las 10 administraciones y organismos de la MDCH que respondieron a la encuesta en línea de 2010:

- El 10% (1) tenía un plan estratégico dedicado exclusivamente a lograr la equidad de salud
- 20% (2) contaba con un plan estratégico con metas/objetivos relacionados con la equidad en la salud y las disparidades de salud
- El 20% (2) tenía metas/objetivos de programa relacionados con la equidad en la salud y las disparidades de salud.

En 2010, algunas administraciones y organismos de la MDCH redujeron o eliminaron programas o servicios orientados a encarar la equidad en la salud. De las 10 que respondieron, dos (20%) eliminaron y redujeron los programas, servicios o actividades; y una (10%), redujo pero no eliminó los programas, servicios o actividades.

Los programas o servicios que fueron eliminados o reducidos incluyeron:

- Asociación comunitaria del asma
- ¡Hágase un reconocimiento médico! O ¡Prepárese para la salida! Iniciativa de Salud del Hombre Afroamericano
- Prevención del envenenamiento infantil por plomo
- Redes de servicios de asistencia comunitaria para la diabetes
- Iniciativa de envejecimiento saludable
- Asociación de la Demencia de Michigan.

### Información destacable

#### ***Informe 2010 sobre las condiciones de los trabajadores agrícolas migratorios y estacionales en Michigan***

En 2009, la Comisión de Derechos Civiles de Michigan autorizó una investigación de las condiciones que enfrentan los trabajadores agrícolas migrantes y estacionales que trabajan en Michigan. Para comprender las preocupaciones y las dificultades que enfrentan estos trabajadores agrícolas, los comisionados buscaron sus comentarios directos a través de cinco foros públicos o comentarios por escrito suministrados directamente al Departamento de Derechos Civiles de Michigan por correo electrónico o postal. Esta última se llevó a cabo mediante la creación de un formulario "Un registro de preocupación" traducido al español.



En 2010, la Comisión de Derechos Civiles publicó el *Informe 2010 sobre las condiciones de los trabajadores agrícolas migratorios y estacionales en Michigan*. El informe resumió una serie de cuestiones, entre ellas las viviendas inseguras, las denuncias de robo de salarios y las dificultades para acceder a ciertos servicios debido a las barreras de idioma. Mediante la inclusión de un conjunto de 15 recomendaciones, el informe brindó un llamado a la acción de los organismos estatales y federales, junto con organizaciones no gubernamentales, para asegurar que la fuerza de trabajo inmigratoria de Michigan sea tratada equitativamente. El Informe y un Resumen ejecutivo están disponibles en el sitio Web del Departamento de Derechos Civiles de Michigan: [www.michigan.gov/MDCR](http://www.michigan.gov/MDCR).

## Determinantes sociales de la salud

### **Recomendación 3: Mejorar los determinantes sociales de las desigualdades raciales/étnicas de salud a través de la educación pública y las intervenciones de la comunidad basadas en evidencias.**

Muchos factores sociales, económicos y ambientales contribuyen a la salud general de los individuos y las comunidades. Para reducir las inequidades en materia de salud, es necesario atender estos factores.

- *Social:*
- *Económicos:* ingreso, educación, empleo
- *Ambientales:* las condiciones de vida y de trabajo, el transporte, la calidad del aire y el agua.

**Recomendación 3a: Desarrollar materiales para educar a los profesionales de la salud pública, los formadores de políticas, los trabajadores de la salud comunitaria y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud y la equidad racial y étnica en materia de salud.**

En 2010, las administraciones y organismos de MDCH comenzaron a trabajar con los determinantes sociales de la salud en una diversidad de maneras.

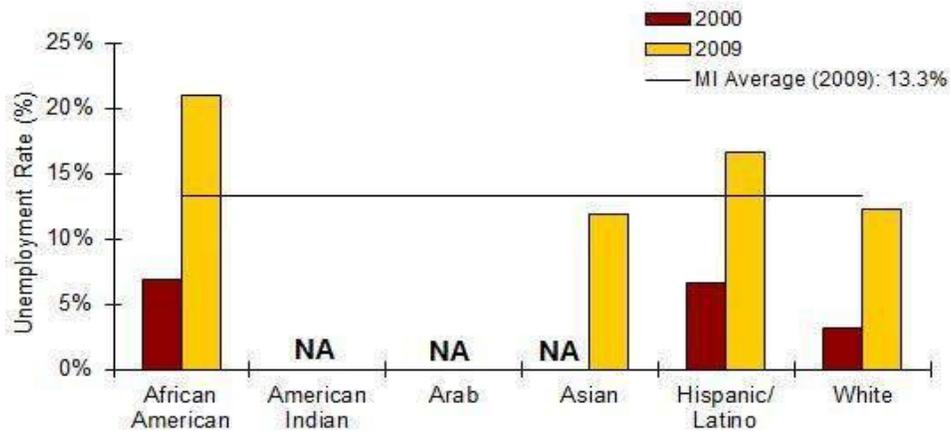
- El 30% (3) utilizó determinantes sociales tomados de fuentes de datos relacionados con la salud.
- El 40% (4) utilizó la financiación para materiales educativos centrados en los determinantes sociales de la salud.
- El 30% (3) financió programas que movilizaron a las asociaciones en el abordaje de los determinantes sociales de la salud en las poblaciones de minorías raciales y étnicas.
- De las seis que trabajaron con la salud pública local, las asociaciones minoritarias de la salud o las organizaciones comunitarias, el 83,3% (5) apoyó los esfuerzos de la comunidad para ayudar a movilizar a las asociaciones en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

**Información destacable**

***Viviendas tribales libres de humo***

La Sección de Tabaco de la MDCH recibió fondos federales para aumentar el porcentaje de viviendas libres de humo públicas, accesibles y tribales en Michigan. La tribu de los indios Chippewa en Sault y el Proyecto de Ley Ambientes libres de humo (SFELP) trabajaron en esta iniciativa con otros organismos locales y estatales. En 2010, la tribu Sault superó exitosamente la primera política de viviendas tribales libres de humo de Michigan, realizó una campaña de medios culturalmente específica y creó señalizaciones culturalmente específicas de viviendas libres de humo. Indios del Sudeste de Michigan, Inc. (SEMII por sus siglas en inglés) y SFELP se reunieron con la Banda de Hurones Nottawaseppi de Potawatomi (NHBP) y se enteraron de que ya estaban trabajando en tres viviendas unifamiliares libres de humo, con planes para construir cinco nuevas viviendas libres de humo en 2011. La NHBP tiene actualmente viviendas que no están libres de humo, y la SFELP proporcionó encuestas de inquilinos para ayudar a la NHPB en su objetivo de llegar a estar totalmente libre de humo, la SEMII facilitó una copia del memo de HUD que apoya las viviendas con subsidio federal libres de humo, materiales gratuitos culturalmente específicos para dejar de fumar y educación y prevención sobre el tabaco. Tanto SEMII como SFELP han continuado brindando apoyo con materiales que refuercen y sustenten la política de viviendas libres de humo de la NHBP.

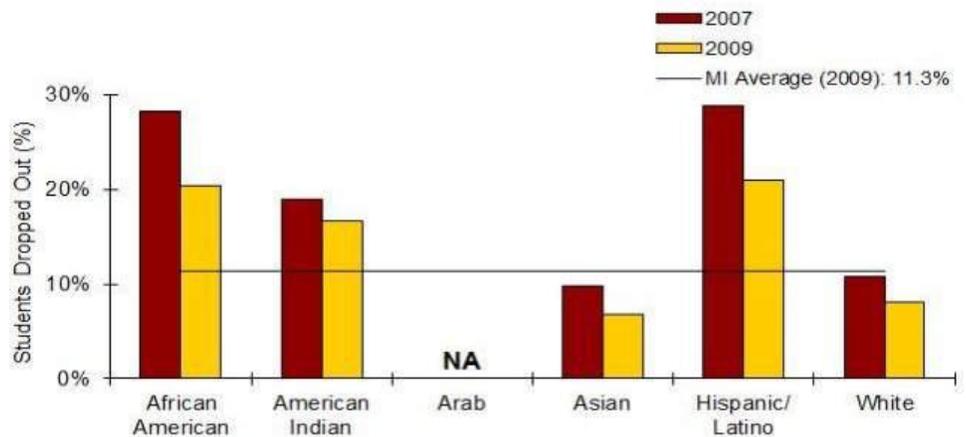
**Unemployment Rate by Race/Ethnicity, Michigan 2000 vs. 2009**



**Recomendación 3b: Desarrollar e implementar programas de justicia social, lucha contra el racismo y competencia cultural para su implementación con el personal de MDCH.** En conjunto, las administraciones y organismos de la MDCH que respondieron a la encuesta en línea informaron haber ofrecido 22 sesiones de formación u otras de educación continua centradas en los temas identificados en la recomendación. Estos sólo estuvieron abiertos al personal de la MDCH. Hubo 705 participantes.<sup>2</sup>

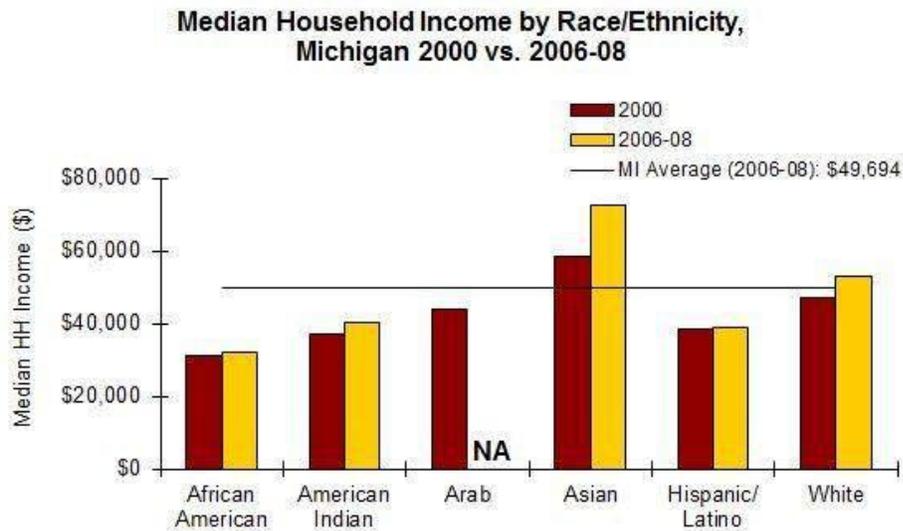
- Los recursos más utilizados por la MDCH fueron la capacitación, las reuniones de personal y los almuerzos informales de trabajo.
- Los temas fueron: competencia cultural / sensibilidad cultural, disparidades de equidad en la salud, determinantes sociales de la salud y racismo.
- Algunos miembros del personal de MDCH también participaron en los eventos externos indicados en alguna otra parte de este informe.

**High School Dropout Rate by Race/Ethnicity, Michigan 2007 vs. 2009**



<sup>2</sup> Las personas que participan en más de un evento de educación/capacitación continua serán contadas más de una vez. No fue posible proporcionar el número total de las personas específicas que recibieron educación continua a través de todas las administraciones y organismos de la MDCH.

En julio y septiembre de 2010, la Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y



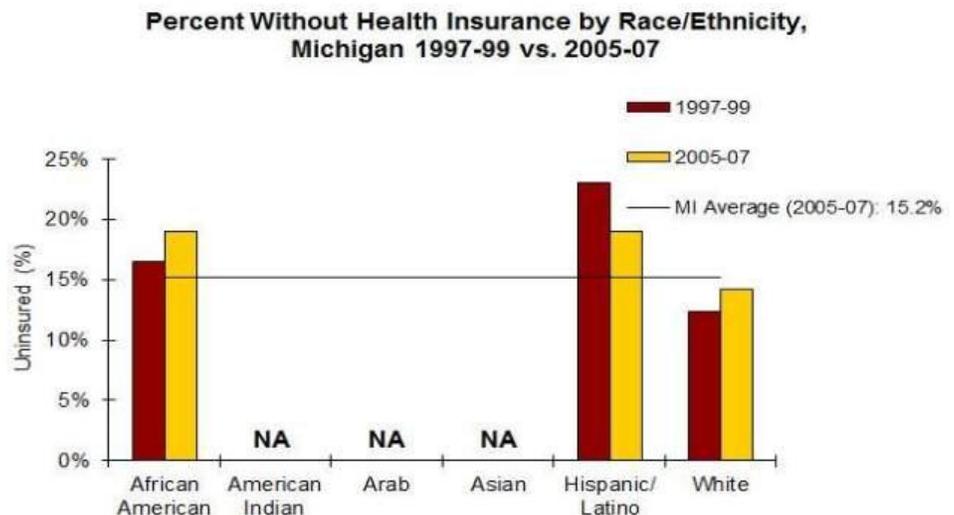
la Salud de las Minorías (HDRMHS) coordinó talleres de equidad en la salud y de justicia social centrados en el equipo de gestión de la Administración de Salud Pública de la MDCH. En julio de 2010 el equipo participó en un taller de desbaratamiento del racismo, moderado por el Instituto Popular para la Supervivencia

y más allá. El taller exploró la manera en que el racismo institucional es una de las causas profundas de las disparidades de salud. En septiembre de 2010, el equipo de gestión participó en un taller de medio día para aprender más sobre los determinantes sociales de la salud y las raíces de la justicia social en la salud pública. La información presentada y discutida exploró las pruebas científicas y las prácticas prometedoras que vinculaban estos conceptos para mejorar los resultados sanitarios. En última instancia, las sesiones de capacitación aumentaron la concientización sobre la oportunidad de integrar los determinantes sociales de la salud en las políticas y programas de salud pública con el fin de lograr resultados positivos sostenidos y de largo plazo en materia de salud.

## Acceso a atención médica de calidad

### Recomendación 4: Asegurar un acceso equitativo a la atención médica de calidad.

Las disparidades de salud experimentadas por las minorías raciales y étnicas están muy extendidas en el sistema sanitario.



Para lograr la equidad en la salud, se deben hacer esfuerzos para aumentar el acceso a una atención médica accesible, así como asegurar que la atención médica prestada sea de alta calidad y culturalmente aceptable.

#### **Recomendación 4a: Adoptar e imponer normas a nivel de Departamento para servicios cultural y lingüísticamente competentes (CLAS por sus siglas en inglés).**

En 2010 se iniciaron o continuaron una diversidad de esfuerzos de la MDCH que informarán al futuro proceso de elaboración de las normas a nivel departamental para los servicios de CLAS. La aplicación práctica de las normas CLAS en los servicios desarrollados, coordinados y financiados por la MDCH proporcionó información valiosa sobre prácticas promisorias y lecciones aprendidas. Las normas CLAS están principalmente dirigidas a ayudar a

Las normas CLAS están principalmente dirigidas a ayudar a que las organizaciones de proveedores de servicios de salud y sus prácticas sean cada vez más accesibles cultural y lingüísticamente. Existen 14 normas, organizadas en tres temas: (1) atención culturalmente competente; (2) servicios de acceso lingüístico, y (3) apoyo organizativo a la competencia cultural.

*Atención competente culturalmente: contratación de personal diversificado, educación y capacitación continuas del personal.*

En 2010, la HDRMHS implementó tres sesiones de capacitación requeridas para la fase I a los 16 subvencionados de la creación de capacidad (CBG). Cada CBG podría traer un compañero a la capacitación, y la HDRMHS alentaba a los revisores de la subvención CBG fase II a asistir a la misma. En total, 1503 participantes asistieron a la capacitación. Los conceptos claves para la capacitación fueron los determinantes sociales de la salud, el multiculturalismo, las raíces de la justicia social en la salud pública, y las competencias básicas de la salud pública.

En 2010, las administraciones y organismos de la MDCH llevaron a cabo una variedad de actividades que ayudaron a aumentar la atención culturalmente competente. Estas incluyeron:

- De las cinco que respondieron a la encuesta en línea que ofrecen programas, servicios o actividades, el 80% (4) tenía políticas de empleo para mejorar el reclutamiento y la retención de los empleados de las minorías.
- En 2010 se ofrecieron 10 sesiones de educación continua sobre competencia cultural y sensibilidad cultural, principalmente a través de capacitación, reuniones de personal, y conferencias en todo el estado; se llegó a 379 profesionales estatales y locales de salud pública y atención médica.
  - Cuatro sesiones ofrecidas exclusivamente al personal de MDCH, con 84 participantes
  - Seis sesiones ofrecidas a todos los profesionales de la salud pública y la atención médica, con 295 participantes
- Dos talleres ofrecidos sobre racismo, que llegaron a 60 profesionales de la salud pública y la atención médica.

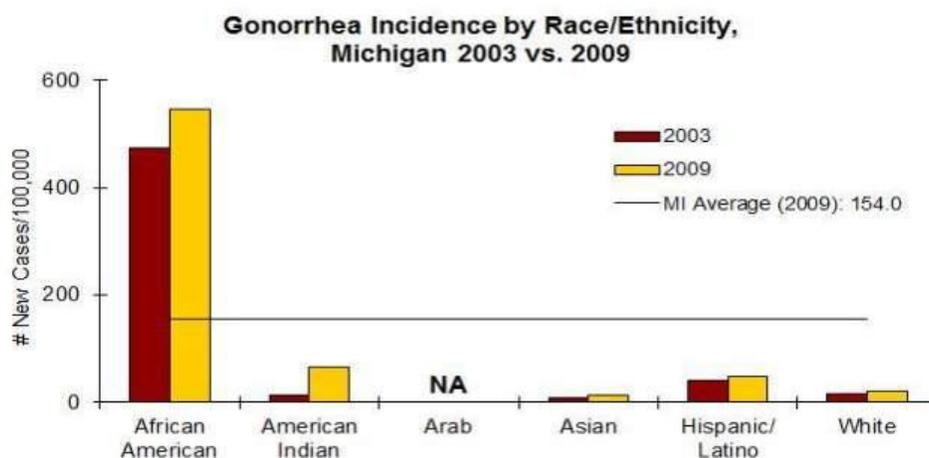
<sup>3</sup> Los participantes serían contados una vez por cada sesión de capacitación a la que asistan.

- Una ofrecida a todos los profesionales de la salud pública y la atención médica, con 10 participantes
- Uno ofrecido a la MDCH personal con 50 participantes
- Una conferencia a nivel estatal ofrecida sobre conocimientos básicos de salud, con asistencia de 45 profesionales de la salud pública y la atención médica.

*Servicios de acceso lingüístico: servicios de asistencia lingüística; comunicaciones verbales y escritas y ofertas en el idioma preferido del paciente/consumidor; materiales y carteles relacionados con el paciente fáciles de entender.*

Dos CBG Fase II financiados por la HDRMHS desarrollaron planes para sus proyectos de 2011 que se centrarán en abordar las barreras idiomáticas para el acceso a los servicios de salud, entre ellas:

- Centro Asiático, sureste de Michigan: Adaptación de clases de Inglés como Segundo Idioma a ser relevantes para los asiáticos americanos e incluir información sobre la salud.
- Salud Pública del condado de Washtenaw: Traducción de la Guía del Transporte Público de la Autoridad del Transporte Ann Arbor y mejora de la señalización para el transporte público.



*Apoyo de organizaciones: los datos sobre la raza, etnicidad e idioma hablado y escrito de cada paciente/consumidor se recogen en los registros de salud y se integran a los sistemas de gestión de la información de la organización; mantienen un perfil demográfico, cultural y epidemiológico actual de la comunidad*

Varios CBG de Fase II financiados por la HDRMHS desarrollaron en los planes de trabajo para sus proyectos de 2011 maneras de aumentar la recopilación y el empleo de los datos personales y comunitarios sobre raza, etnicidad, idioma preferido, y otros datos demográficos, culturales y epidemiológicos.

- Centro Asiático, sureste de Michigan: Continuar la recolección de los datos de las encuestas y los análisis de la fase I para comprender en detalle las cuestiones vinculadas a la salud y la atención médica de los asiáticos americanos.

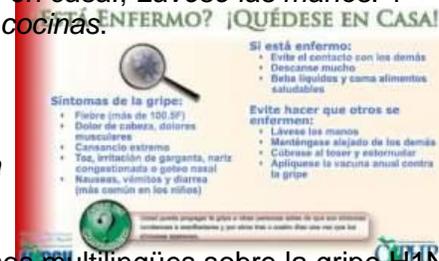
- Departamento de Salud del Condado de Berrien: Recopilar datos de BRFSS sobre la raza y el contexto social; completar un proyecto de fotovoz en seis regiones.
- Grand Rapids Instituto de Salud Afroamericano: Mejorar la recopilación de datos sobre la raza, la etnia y el idioma en los centros de atención médica ambulatoria y con internación.
- Muskegon Proyecto de salud comunitaria: Mejorar la recopilación de información sobre la atención médica, sobre todo la que se refiera a las experiencias de los pacientes y las barreras de acceso (hospitales y proveedores de atención médica)
  - Salud Pública del condado de Washtenaw: Desarrollar una base de datos de equidad en materia de salud a nivel comunitario que será utilizada para desarrollar una Tarjeta de Informe sobre equidad en la salud; completar un BRFSS sobre Salud de los latinos.

### Información destacable

#### **Programa de servicios de asistencia comunitaria para la gripe H1N1**

La Oficina MDCH de Preparación de la Salud Pública proporcionó fondos y otros recursos a los asociados de la comunidad para la concientización contra la gripe H1N1 y los servicios de asistencia comunitaria diseñados para llegar a las poblaciones raciales y étnicas minoritarias de Michigan. Los esfuerzos incluyeron la distribución de materiales de la gripe H1N1 y los servicios de asistencia comunitaria a través de asociaciones, agrupaciones y medios de comunicación relevantes. Diversos materiales traducidos en el año 2009 del inglés al español o al árabe se utilizaron en 2010, entre ellos:

- Afiches para empresas y lugares de trabajo traducidos al español: *¿Está usted enfermo? ¡Quédese en casa!; Lávese las manos: Y Sugerecias para la limpieza de cocinas.*
- *Lávese las manos*, adhesivo estático para espejos al español
- Folleto *Preparación para una emergencia de salud pública* traducido al árabe.
- Anuncios publicitarios impresos multilingües sobre la gripe H1N1.



Esfuerzos para servicios de asistencia comunitaria diseñados para llegar a minorías raciales y étnicas, entre ellas:

- Se enviaron materiales H1N1 a los ocho centros regionales de llamadas telefónicas 2-1-1 de Michigan, ya que estos centros tienen acceso a traductores para la mayoría de los idiomas que se hablan en Michigan.
- Se enviaron copias impresas de afiches, folletos, catálogos y tarjetas de bolsillo a centros de salud con calificación federal y otros de la comunidad; estos centros atendían a personas marginadas y económicamente desfavorecidas, muchos de las cuales provenían de las comunidades de minorías raciales y étnicas.
- Distribución de materiales a fines de 2009, para su uso en el año 2010:
  - Hoja informativa de la vacuna contra la gripe H1N1 enviada a los ancianos de las tribus
  - Volante *Preparación de su empresa* enviado a los propietarios del sitio Web Vivienda para la mano de obra migratoria
  - *Lávese las manos*, adhesivo estático para espejos enviado a las organizaciones que pudieran llegar a las comunidades de habla española, entre ellas dos distritos escolares, un departamento de salud local y los propietarios del sitio Vivienda para la mano de obra migratoria.

Además, cinco de las 10 administraciones y organismos de MDCH que respondieron a la encuesta en línea de 2010 indicaron que proporcionaban programas, servicios o actividades tendientes a lograr la equidad en materia de salud, abordar las disparidades de salud o incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Varios de estos están relacionados con las normas CLAS. De las cinco que proporcionaron programas, servicios o actividades:

- 80% (4) proporcionaron programas o intervenciones que aseguraron o brindaron acceso a servicios de detección precoz.
- 100% (5) programas o intervenciones proporcionados que incluyen estrategias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- El 60% (3) proporcionó programas o servicios que eran cultural y lingüísticamente adecuados.

### **Información destacable**

#### ***Disparidades de salud en la MDCH y Conferencia 2010 sobre ETS/VIH***

La MDCH llevó a cabo del 3 al 4 de noviembre de 2010 la Conferencia Disparidades de salud y Enfermedades de transmisión sexual / VIH 2010. Doscientos ochenta y nueve (289) personas asistieron a la conferencia.

- David Williams, PhD, MPH, distinguido profesor de Salud Pública de la Escuela de Harvard de Salud Pública, habló sobre las desigualdades sociales en la salud y cómo pueden ser encaradas. La presentación describía los factores raciales y socioeconómicos que contribuyen a las disparidades de salud e identificaba las mejores prácticas para avanzar hacia la equidad en la salud.
- Gottfried Oosterwal, PhD, LittD, habló sobre la equidad en la diversidad. Su presentación detalló su extensa experiencia de vida y trabajo en todo el mundo. Se refirió a cómo experimentan la salud y la enfermedad las personas de diferentes culturas y cómo la concientización y una mejor comprensión de las diferencias culturales nos pueden ayudar a establecer servicios no sólo competentes culturalmente sino en definitiva con la equidad en materia de salud.
- James Hildreth, MD, PhD, Director y Profesor del Centro de de investigación de las disparidades de salud en materia de SIDA en el Hospital George Hubbard y el Colegio Médico Meherry, habló sobre el descubrimiento de su equipo de investigación de que el colesterol está presente en la capacidad del VIH para penetrar en las células, y que la eliminación de la materia grasa de una membrana celular puede bloquear la infección, lo que condujo a una comprensión más profunda de cómo ingresa el VIH en las células y produce la infección.

Además de estos dinámicos oradores principales, las categorías de taller de política, programa y datos contuvieron una variedad de temas que iban desde asegurar la equidad en el proceso de investigación, asegurar el acceso a alimentos saludables en los barrios urbanos con dificultades económicas, segregación basada en la raza, justicia ambiental, datos de equidad en salud, construcción de capacidad comunitaria para abordar la equidad en la salud y el sistema de justicia penal.

## Participación e integración de la comunidad

### Recomendación 5: Fortalecer la participación, la capacidad y la integración de la comunidad.

Comprometer y hacer participar a la comunidad en la determinación de los mejores métodos para lograr la equidad en la salud, entre ellos maneras de aprovechar las fortalezas existentes, es una estrategia eficaz para alcanzar la equidad en la salud. Con el fin de hacer participar e involucrar de manera efectiva a la comunidad, deberá contar con los recursos, las infraestructuras, las relaciones y las operaciones suficientes como para permitirle crear y sostener los cambios necesarios.

#### Información destacable

#### Subvenciones para Reducción de las disparidades de salud y Construcción de capacidad de salud para las minorías

El programa Subvención para la construcción de capacidad (CPG por sus siglas e inglés) de la Sección de Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMHS) fue diseñado como un proyecto de subvención de dos etapas y cuatro años para promover la colaboración entre el MDCH, la salud pública local, las organizaciones comunitarias y religiosas y otras entidades locales para lograr la equidad en salud de las poblaciones de minorías raciales y étnicas de Michigan.

Geographic Coverage of 2010 Capacity Building Grantees



La meta de la Etapa I era financiar las actividades de planificación y capacitación que promovieran el objetivo general de creación de capacidad local y movilización de las comunidades para abordar las causas profundas de las disparidades de salud y aumentar la concientización sobre los vínculos existentes entre los determinantes sociales de la salud, las disparidades de salud y la equidad en materia de salud. HDRMHS financió a 16 postulantes. Las estrategias de la Fase I incluyeron el desarrollo de asociaciones multisectoriales, la realización de evaluaciones de

necesidades, la participación en capacitaciones sobre equidad sanitaria, y la creación de planes de implementación de programas para los años segundo a cuarto de la subvención. Los esfuerzos de la Fase I produjeron 171 asociados de la comunidad comprometidos con la equidad en la salud, y 13 de los 16 proyectos de la Fase I presentaron propuestas para avanzar con la Fase II del programa de subvenciones para la construcción de capacidad.

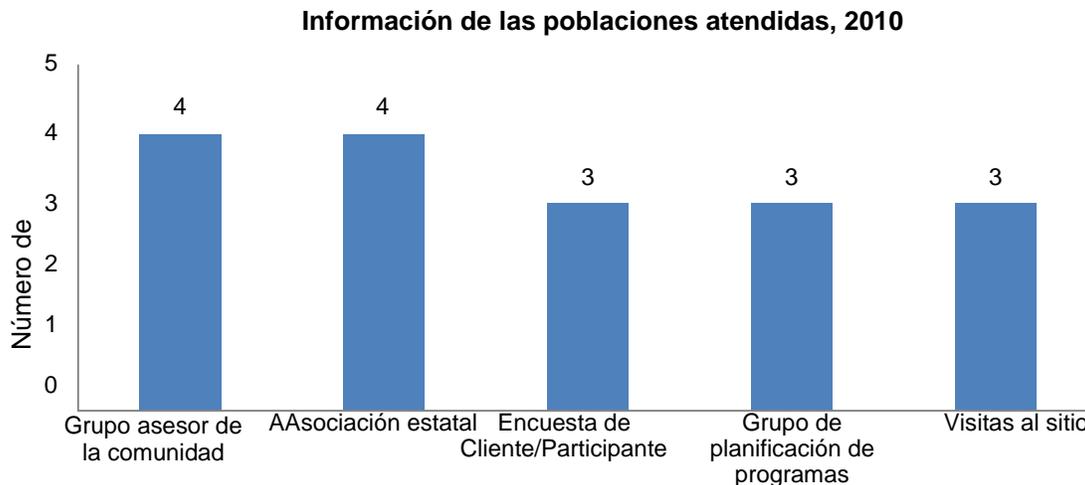
A partir de 2011, siete subvencionados recibirán fondos de la Fase II de hasta 55.000 dólares cada año durante un período de tres años. Los proyectos de la Fase II se centrarán en la implementación de programas sustentables de múltiples niveles centrados en las iniciativas de la comunidad basadas en evidencias diseñadas para abordar las desigualdades raciales y étnicas de salud. Para obtener información adicional sobre los subvencionados de la Fase II consulte el Adjunto D.

**Recomendación 5.1: Establecer un grupo asesor sobre equidad en la salud a nivel estatal que incluya a los consumidores, los participantes públicos y privados y las autoridades responsables del desarrollo de iniciativas de equidad en la salud.**

En lugar de un grupo de asesoramiento sobre la equidad en la salud a nivel estatal, la HDRMHS continuó coordinando un grupo de trabajo intradepartamental sobre la Reducción de las disparidades en la salud (Anexo E). Los objetivos del grupo de trabajo fueron: (1) aumentar la concientización; (2) recopilar y difundir los datos; (3) identificar y promover estrategias de salud pública efectivas basadas en evidencias; y (4) establecer un enfoque sistémico de la coordinación inter e intra departamental para reducir las disparidades de salud. Los miembros representaron una sección transversal de las administraciones y organismos de la MDCH. El gerente de HDRMHS actuó como Presidente.

Las administraciones y organismos de la MDCH buscaron otras maneras de recibir información de los consumidores, participantes públicos y privados y autoridades responsables.

- El 60% (6) de las 10 que respondieron señalaron que cuentan con mecanismos para recabar comentarios y observaciones de las minorías raciales y étnicas atendidas.
- En la siguiente tabla se indican las maneras de buscar información más comúnmente señaladas.



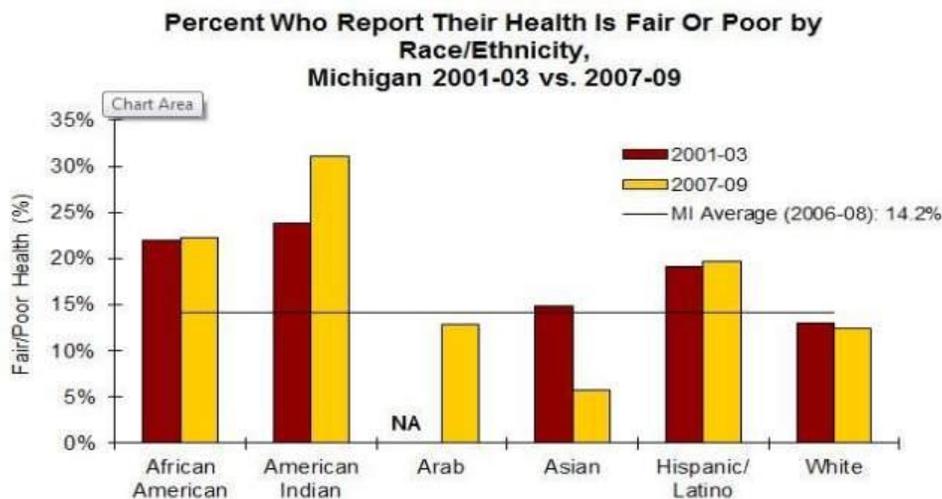
Las seis que respondieron señalaron que utilizaron la información recopilada de muchas maneras, entre ellas:

- El 100% (6) integrado en estrategias o planes de programas estatales o comunitarios
- El 83% (5) mejoró la entrega o la ejecución de los programas/servicios
- El 83% (5) desarrolló o revisó los materiales educativos
- El 67% (4) personalizó la asistencia técnica a los proveedores de servicios
- El 50% (3) identificó barreras a la participación.

**Recomendación 5.2: Incrementar la financiación, la formación y la colaboración para mejorar la capacidad de subvención y servicio de las asociaciones y organizaciones existentes con un historial positivo de movilización de miembros de la comunidad.**

De las seis administraciones y organismos de la MDCH que indicaron que trabajaron con organizaciones locales o comunitarias:

- Cinco (83%) contribuyeron con desarrollo de la la capacidad; ayudaron a movilizar asociaciones; y proporcionaron asistencia técnica en el diseño y la implementación de programas, etc.
- Cuatro (67%) desarrollaron intervenciones basadas en evidencias; suministraron o analizaron datos, suministraron financiación para programas/servicios; y brindaron capacitación sobre competencia cultural y temas relacionados.



**Recomendación 5.3: Apoyar y ampliar los programas y las asociaciones locales que sean controlados por la comunidad e innovadores.**

Seis de las 10 administraciones y organismos de MDCH que respondieron a la encuesta en línea señalaron que trabajaban con los departamentos de salud locales, las asociaciones de salud de las minorías o las organizaciones comunitarias para apoyar su trabajo en la equidad de la salud, las disparidades de salud y los determinantes sociales de la salud. (Para obtener información adicional consulte la recomendación 5.2.)

**Logros en 2010**

Se completaron las actividades identificadas en el Informe de disparidades de salud de la MDCH 2009 en la sección *2010 Actividades y cronología relacionadas con la salud de las minorías*.

- Informe PA 653 a la Legislatura (presentado en febrero de 2010)
- Indicadores prioritarios del conjunto de datos de equidad en la salud / Tablas de equidad (finalizado en octubre de 2010)

- Documento oficial de la MDCH/HDRMHS: *Una Hoja de ruta para el logro de la equidad de la salud en Michigan* (Publicado en junio de 2010)
- Solicitudes mensuales de propuestas de salud para las minorías (publicado en febrero de 2010)
- Eventos mensuales de salud de las minorías a nivel estatal (llevados a cabo en marzo y abril de 2010)
- Subvenciones para creación de capacidad de la HDRMHS, Fase I (completada en septiembre de 2010)
- División de Salud, Bienestar y Disparidades en Salud y Control de Enfermedades y Conferencia 2010 sobre Equidad en Salud para VIH/ETS (convocada para noviembre de 2010)

## Conclusión

El año 2010 fue especial para el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, ya que continuó trabajando en la reducción de las disparidades de salud en las comunidades de las minorías raciales y étnicas de Michigan. La edición 2010 de *Una hoja de ruta para lograr la equidad sanitaria en Michigan* proporcionó un marco para mejorar la situación de salud y social de las minorías raciales y étnicas. Mediante la integración de los esfuerzos para abordar y mejorar los determinantes sociales y económicos de la salud en el objetivo largamente establecido por MDCH de mejorar los resultados sanitarios, MDCH y sus asociados pudieron expandir su abordaje de la reducción de las disparidades de salud. Las recomendaciones presentadas en la Hoja de ruta son difíciles y requerirán un esfuerzo coordinado, recursos específicos y comunidades capacitadas.

En 2010, las administraciones y los departamentos de MDCH hicieron notables avances en la planificación, ejecución y evaluación de programas, servicios y actividades, que comenzaron a abordar muchas de las recomendaciones prioritarias presentadas en la Hoja de ruta. Además, una tarea significativa fue completada por la Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMHS) tendiente a establecer una base sólida para trabajos futuros. Esta sección creó infraestructura nueva y reforzó la infraestructura existente y los servicios de apoyo para facilitar a la MDCH y sus asociados la implementación de las recomendaciones de la Hoja de ruta. Entre las más notables estuvo la creación del Conjunto de datos de equidad en materia de salud de Michigan. Durante 2010 hubo cambios en el financiamiento, las prioridades del programa y la capacitación, encaminados a aumentar la capacidad de las comunidades raciales y étnicas de Michigan para identificar y atender las dificultades específicas de sus comunidades para el logro de la equidad en la salud. Y se comenzó a trabajar con determinación para abordar los determinantes sociales de la salud.

MDCH, bajo la dirección y orientación de sus HDRMHS, aprovechará los avances realizados en 2010 y explorará maneras nuevas e innovadoras de abordar la equidad en la salud en 2011, entre ellas la realización de las actividades indicadas en el cronograma de 2011.

## Actividades y cronograma 2011 relacionadas con la salud de las minorías

Sobremuestreo de encuesta de vigilancia de factores de riesgo conductual	Enero a diciembre de 2011
Subvenciones de la HDRMHS para creación de capacidad Fase II	Enero de 2011 y en curso
Evaluación de la subvención de la HDRMHS para la Fase II de la construcción de capacidad	Enero de 2011 y en curso
Proyecto de equidad en la salud y Capacitación del personal de la MDCH	Febrero de 2011 y en curso
Actividades mensuales realizadas sobre mini subvenciones para la salud de las minorías	Abril de 2011
Datos prioritarios de equidad en la salud y las Tablas de equidad en línea	Abril de 2011
Hojas de datos de equidad en salud, producidas y en línea	Junio de 2011
Equidad en la salud, completar los datos en línea	Agosto de 2011
Conjunto de herramientas de equidad en la salud / Serie de video completa	Abril de 2011
Proyecto de competencia cultural / Versión basada en la Web	Octubre de 2011

**Anexo A:  
Recomendaciones y requisitos de la Ley Pública N° 653 de Michigan**

Recomendación de la hoja de ruta	Requisitos del PA653
Datos de raza/etnicidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar los avances en salud</li> <li>• Establecer una página Web en el sitio Web del departamento</li> </ul>
Capacidad del gobierno y la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la estructura para abordar las disparidades de salud</li> <li>• Establecer la política de salud para las minorías</li> <li>• Desarrollar e implementar un plan estratégico efectivo a nivel estatal</li> <li>• Desarrollar e implementar estrategias de concientización enfocadas en los proveedores de servicios de salud y servicios sociales</li> <li>• Utilizar los recursos para financiar programas de salud de las minorías Y proporcionar fondos para apoyar los programas basados en evidencias</li> </ul>
Determinantes sociales de la salud	No hay requisitos PA653 que atiendan directamente los determinantes sociales de la salud
Acceso a la atención médica de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y asistir en la aplicación de programas cultural y lingüísticamente apropiados (centrados en la atención de la salud)</li> <li>• Desarrollar e implementar estrategias de reclutamiento y retención</li> </ul>
Participación e integración de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar los recursos para financiar programas de salud de las minorías Y proporcionar fondos para apoyar los programas basados en evidencias [específicos para las asociaciones]</li> <li>• Proporcionar lo siguiente a través de la coordinación interdepartamental: datos y asistencia técnica y objetivos mensurables para las asociaciones de salud de las minorías y otras entidades locales de salud Y brindar asistencia técnica a las comunidades locales</li> <li>• Promover el desarrollo y la interacción en red de las asociaciones de salud de las minorías</li> <li>• Designar un enlace departamental que proporcione servicios a las asociaciones de salud de las minorías</li> </ul>

## Anexo B: Organismos que respondieron a la encuesta de 2010 sobre equidad en la salud

Departamento	División	Sección	Unidad	Otro (especificar)
<b>POLÍTICA DE SALUD y ADMINISTRACIÓN DE LAS NORMATIVAS</b>				
Departamento de Sistemas de Salud*				
Departamento de Asuntos Legales y Políticas*				
	Política y acceso a la salud			
	Política y acceso a la salud	Evaluación del certificado de necesidad		
	Asuntos legales y FOIA			
<b>ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS</b>				
Departamento de Administración Financiera y Servicios de Administración de Medicaid*				
	Reembolso hospitalario y de plan de salud			
	Pagos a Medicaid			
Operaciones y Aseguramiento de la calidad del programa Medicaid*				
	Atención médica administrada			
<b>ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL ABUSO DE LAS DROGAS</b>				
Departamento de Administración*				
<b>ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA</b>				
Departamento de Epidemiología*				
Oficina de la salud de familiar, maternal e infantil*				
	Salud de la familia y la comunidad	Salud del niño, el adolescente y la familia	Salud adolescente y escolar	
	Salud de la familia y la comunidad	Salud del niño, el adolescente y la familia	Unidad de salud infantil	
	Salud de la familia y la comunidad	Salud del niño, el adolescente y la familia	Unidad de programas de salud oral	
	Salud de la familia y la comunidad	Salud femenina, infantil y familiar	Salud reproductiva **	
	Salud de la familia y la comunidad	Salud femenina, infantil y familiar	Salud reproductiva **	

Departamento	División	Sección	Unidad	Otro (especificar)
	Salud de la familia y la comunidad	Salud femenina, infantil y familiar	Unidad de salud perinatal	
	Salud de la familia y la comunidad	Salud femenina, infantil y familiar	Salud infantil	
	<b>División de Salud, Bienestar y Control de Enfermedades*</b>			
	Salud, bienestar y control de enfermedades	Prevención e Intervención del VIH-SIDA		
	Salud, bienestar y control de enfermedades	Enfermedades de transmisión sexual		
	Salud, bienestar y control de enfermedades	Reducción de disparidades de salud y Salud de las minorías		
<b>Departamento de Salud Local y Servicios Administrativos*</b>				
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	Prevención de las lesiones y la violencia		
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	Sección de control y prevención del cáncer		
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	La diabetes y otras enfermedades crónicas	Diabetes y enfermedades renales	
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	La diabetes y otras enfermedades crónicas	Otras enfermedades crónicas	
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	Prevención y control del tabaco		
	Control de enfermedades y lesiones crónicas	Salud cardiovascular, nutrición y actividad física	Administración	
	Servicios locales de salud			
<b>Oficina de Preparación en Salud Pública*</b>				

\*Categorización utilizada para el análisis de datos "a nivel de departamento"

\*\*Respuestas separadas para la misma sección, no se proporcionó información sobre la unidad

## **Anexo C: Conjunto de datos de equidad en la salud de Michigan, Referencias de datos 2010**

### Tasa de mortalidad infantil

(2002-2007) Archivos de nacimiento y fallecimiento de residentes de Michigan 2002-2007, Sección de Desarrollo de Registros Vitales y Datos de Salud, Departamento de Salud Comunitaria de Michigan.

### Prevalencia de la obesidad

(2001-2003) Encuesta de factores de riesgo del comportamiento 2001-2003. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología, Sección de Epidemiología de las Enfermedades Crónicas.

(2007-2009) C. Fussman. 2010. Estimaciones preliminares para estados crónicos de salud, factores de riesgo, indicadores de salud y prácticas preventivas de salud por raza/etnicidad, Estado de Michigan: Encuesta de factores de riesgo del comportamiento 2007-2009. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología, Sección de Epidemiología de las Enfermedades Crónicas.

### Incidencia de la gonorrea

(2003) Sistema de vigilancia de enfermedades de Michigan 2003. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología.

(2009) Sistema de vigilancia de enfermedades de Michigan 2009. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología.

### Tasa de desempleo

Situación laboral de la población civil no institucionalizada de la población en los estados por sexo, raza, origen hispano o latino, estado civil y edad detallada, 2009 (2000) promedios anuales. Estadísticas de desempleo de área local, Departamento de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de los EE.UU..

### Tasa de deserción de la escuela secundaria

(2007 y 2009) Estado de Michigan 2007 y 2009, Grupo de 4 años, Informes de tasa de graduación y deserción por subgrupo. Lansing, MI: Centro del Estado de Michigan para la Realización y la Información Educativa.

### Porcentaje de niños que viven en la pobreza

(2000) Organismo de censos de los EE.UU., Encuesta Suplementaria del año 2000 y Censo del año 2000. (2006-2008) Organismo de censos, de los EE.UU., Encuesta sobre la comunidad norteamericana 2006-2008.

### Autoinformado como de salud regular/mala

(2001-2003) Encuesta de factores de riesgo del comportamiento 2001-2003. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología, Sección de Epidemiología de las Enfermedades Crónicas.

(2007-2009) C. Fussman. 2010. Estimaciones preliminares para estados crónicos de salud, factores de riesgo, indicadores de salud y prácticas preventivas de salud por raza/etnicidad, Estado de Michigan: Encuesta de factores de riesgo del comportamiento 2007-2009. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Dirección de Epidemiología, Sección de Epidemiología de las Enfermedades Crónicas.

#### Porcentaje sin seguro de salud

(1997-99) 2001. Características de los no asegurados y cobertura selecta de seguro de salud en Michigan, población no anciana: informe especial. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Desarrollo de Legislación y Políticas de Salud.

(2005-07) 2009. Informe sobre las características de los no asegurados y de las personas con cobertura selecta de seguro médico en Michigan 2009: CPS 1999-2008. Lansing, MI: Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Políticas, Regulaciones y Profesiones de la Salud.

#### Ingreso medio por hogar

(2000) Organismo de censos de los EE.UU., Censo del año 2000.

(2006-2008) Organismo de censos, de los EE.UU., Encuesta sobre la comunidad norteamericana 2006-2008.

## Anexo D: Subvencionados de la Fase II de la construcción de capacidad

Los siete subvencionados, identificados en la tabla siguiente, representan un grupo diverso de tipos de organización/organismo:

- Organización para la salud de las minorías: 2
- Departamento de Salud Local: 2
- Organización voluntaria para la salud: 1
- Organización para la salud comunitaria: 2

Todos los proyectos funcionan con asociados; tres de los siete han comprometido y expandido asociaciones comunitarias existentes actualmente centradas en el abordaje de la equidad en la salud.

Organización	Poblaciones de interés	Determinantes sociales de la salud abordados	Intervenciones principales
Centro Asiático del sureste de Michigan	Asiáticos americanos	Mejorar la educación  Reducir las barreras de idioma  Mejorar el acceso al transporte	Concientización y educación de la comunidad, incluida una página Web  Trabajadores de la Salud Comunitaria (CHW)  Adaptar las clases educativas existentes (ESL, computación, dietas/nutrición y actividad física) para que sean de interés para la comunidad asiáticas americanas  Ayuda con el transporte
Departamento de Salud del Condado de Berrien	Afroamericanos  Personas con bajo nivel socioeconómico	Reducir la discriminación y el racismo  Mejorar la educación  Incrementar el estatus socioeconómico	Recolección de datos: raza, etnicidad y factores sociales  Concientización y soporte activo de la comunidad  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo con la comunidad</li> <li>• Guía de recursos y soporte activo</li> <li>• Medios de comunicación masivos (carteleras)</li> </ul>

Organización	Poblaciones de interés	Determinantes sociales de la salud abordados	Intervenciones principales
Instituto afroamericano de salud de Grand Rapids	Afroamericanos	<p>Mejorar la educación</p> <p>Ampliar la disponibilidad de alimentos saludables</p> <p>Incrementar el acceso a la actividad física y la recreación</p>	<p>Recolección de datos - raza, etnicidad e idioma - y generación de informes (utilizando mapas para superponer los resultados de la salud y sociales)</p> <p>Concientización y educación de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Programas de educación, adolescentes y desigualdades de salud, alimentación y nutrición saludables</li> <li><input type="checkbox"/> Folletos</li> <li><input type="checkbox"/> Capacitación SDOH en línea (para el público)</li> </ul>
Proyecto de Salud Comunitaria de Muskegon	<p>Afroamericanos</p> <p>Hispanos/Latinos</p> <p>Poblaciones que prefieren hablar un idioma que no sea el inglés</p>	<p>Mejorar la competencia cultural de los proveedores y sistemas de atención médica</p> <p>Incrementar el acceso a la atención médica</p>	<p>Recolección de datos: atención médica local, que incluye experiencias de pacientes y barreras</p> <p>Concientización y educación de la comunidad</p> <p>Educación de los proveedores de atención médica</p> <p>CHW: navegación de pacientes y atención coordinada</p>
Fundación Nacional del Riñón de Michigan	Afroamericanos	<p>Mejorar la educación</p> <p>Ampliar la disponibilidad de comida saludable</p> <p>Incrementar el acceso a la información</p>	<p>Recolección de datos: raza y etnicidad</p> <p>Concientización y participación de la comunidad</p> <p>Política y cambio ambiental</p>

Organización	Poblaciones de interés	Determinantes sociales de la salud abordados	Intervenciones principales
		<p>Crear puestos de trabajo</p> <p>Hacer seguros los vecindarios</p>	<p>Trabajador de salud comunitaria para implementar las intervenciones que apoyen estilos de vida saludables</p>
Corporación de Salud de la Comunidad de St. John	Afroamericanos	<p>Facilitar la cohesión de la comunidad</p> <p>Incrementar los programas de salud y seguridad</p> <p>Hacer seguros los vecindarios</p>	<p>Crear salud de los vecindarios y oficina de seguridad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar educación sobre la seguridad</li> <li><input type="checkbox"/> Custodia policial y patrullaje de los vecindarios para incrementar la seguridad del entorno</li> </ul>
Departamento de Salud del Condado de Washtenaw	<p>Afroamericanos</p> <p>Hispanos/Latinos</p>	<p>Facilitar la cohesión de la comunidad</p> <p>Incrementar el acceso a la atención médica</p> <p>Incrementar los conocimientos básicos sobre la salud</p>	<p>Recolección de datos: raza, etnicidad e idioma</p> <p>Educación y capacitación de la comunidad y los proveedores</p> <p>Trabajadores de la salud comunitarias</p> <p>Ayuda con el transporte</p>

## Anexo E: Grupo de trabajo de la MDCH sobre Reducción de las disparidades de salud

Nombre	Departamento	División/Sección/Unidad
Alethia Carr	Salud familiar, maternal e infantil	
Amna Osman		Salud, bienestar y control de enfermedades
Amy S. Peterson		Salud, bienestar y control de enfermedades
Ann Garvin	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas <u>Control del cáncer de mama/cervical</u>
Anne Esdale	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Unidad para la diabetes y las
Brenda Jegede	Salud familiar, maternal e infantil	
Carlton Evans	Laboratorios	División de Enfermedades Infecciosas Unidad de serología B & P
Damita Zweiback	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Salud cardiovascular, nutrición
Debra Duquette	Epidemiología	Genómica y trastornos de la genética
Fawzia Ahmed	Epidemiología	Registros vitales y estadísticas de salud <u>Servicios de análisis de datos de salud</u>
Gregory Holzman	Director médico	
Henry Miller	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Enfermedades cardíacas y prevención
Holly Nickel		Salud, bienestar y control de
Jacquetta Hinton		Salud, bienestar y control de enfermedades Reducción de la equidad en la salud
Janet Kiley	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas

Nombre	Departamento	División/Sección/Unidad
Jennifer Edsall	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Sección sobre la diabetes y otras enfermedades crónicas
John Dowling	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Sección sobre la diabetes y otras enfermedades crónicas
Judi Lyles	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Unidad para las demás enfermedades
Kari Tapley	Epidemiología	Inmunización
Kathryn E. Macomber		Salud, bienestar y control de enfermedades
Konrad Edwards	Servicios locales de salud y administrativos	Servicios locales de salud
Monica Kwasnik	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas
Orlene Christie	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas
Patricia McKane	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas
Pabulette Dobyne Dunbar	Salud familiar, maternal e infantil	Salud de la familia y la comunidad
Paulette Valliere	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Control del cáncer de mama/cervical
Rebecca Couglin		Salud, bienestar y control de enfermedades
Robert Cochran		Salud, bienestar y control de enfermedades STD
Rose Mary Asman	Salud familiar, maternal e infantil	Salud de la familia y la comunidad
Sheila Embry	Operaciones y Aseguramiento de Calidad de Medicaid	Mejoramiento de la calidad y Desarrollo de programas

Nombre	Departamento	División/Sección/Unidad
Sheryl Weir		Salud, bienestar y control de enfermedades Reducción de la equidad en la salud
Shronda Grigsby		Salud, bienestar y control de enfermedades Reducción de la equidad en la salud
Sonji L. Smith Revis	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Prevención y control del tabaquismo
Sophia Hines	Salud familiar, maternal e infantil	Salud perinatal
Terry Hunt	Discapacidades del desarrollo	
Viki Lorraine	Servicios locales de salud y administrativos	Control de enfermedades y lesiones crónicas Cáncer de mama / cervical