

El mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan



Una visión y un marco para mejorar la situación social y de salud dentro

de las poblaciones raciales y étnicas de Michigan

Michigan Departamento de Salud Comunitaria
División de Salud, Bienestar y Control de Enfermedades
Reducir las disparidades de salud y la sección de salud de la minoría

El mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan



Una visión y un marco para mejorar la situación social y el estado de salud dentro de las poblaciones raciales y étnicas en Michigan

Michigan Departamento de Salud Comunitaria
División de Salud, Bienestar y Control de Enfermedades
Reducir las disparidades de salud y la sección de salud de la minoría
Lansing, Michigan

Para más información,
comuníquese con:

Sección de reducir las disparidades y de salud de la minoría

3056 W. Grand Blvd., Ste. 3-150
Detroit, MI 49202

109 W. Michigan Ave.
Piso 9
Lansing, MI 48913

www.michigan.gov/minorityhealth

Junio 2010 impreso
(La edición viene de una beca recibida de las oficinas de HHS de la salud de la minoría
#1STTMP051015)

Cita sugerida:

Michigan Departamento de Salud Comunitaria, Sección de Reducir las disparidades y la salud de la minoría. *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan*, Lansing, MI: Michigan Departamento de Salud Comunitaria; 2010

Agradecimientos

El *Mapa de ruta a la equidad en la salud Michigan* es el resultado de las esfuerzos de muchas personas dedicadas al obtener equidad de salud y eliminar las disparidades raciales y étnicas de salud en Michigan.

Un agradecimiento especial a los muchos residentes, profesionales en salud pública y asistencia médica, los empleados de organizaciones de la comunidad y de la comunidad de fé, profesionales de salud y cuidado de salud, investigadores y académicos, y a los otros quienes participaron y facilitaron los datos con varios foros que incluyen:

2009 MDCH Conversaciones con la comunidad patrocinadas
por el estado

MDCH Cumbre de Salud Equidad
Septiembre 9, 2009

Entrevistas Claves de Informantes –
Mayo 2009 – Agosto 2009

Reportaje de Equipo Mapa de Ruta

Denise Carty
Universidad de Michigan Facultad de Salud Pública

Andrea King Collier
Consultante Superior de Relaciones Exteriores

Jacquetta Hinton, Especialista de Programa
Division sobre la reducción de disparidades y la salud de la
minoría

Corey Ridings, Epidemiologista
Epidemiología de enfermedades crónicas

Sheryl Weir, Gerente
Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y la Salud de la Minoría

Un agradecimiento especial a: Janet Olszewski, Director

Michigan Departamento de Salud en la Comunidad

Jean Chabut, Deputy Director
Michigan Departamento de Salud en la Comunidad

Amna Osman, Director
División de Salud, Sanidad y Control de Enfermedades
Michigan Departamento de Salud en la Comunidad

Contenidos

| Sección | Página |
|--|--------|
| I. INTRODUCCIÓN Y RESUMEN | 1 |
| Sección para Reducir las Disparidades y la Salud de la Minoría..... | 1 |
| Sobre este reporte..... | 2 |
| Recomendaciones y Estrategias de Prioridad..... | 3 |
| Secciones con puntos salientes..... | 5 |
| Desafíos continuos | 13 |
| II. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD | 14 |
| Conceptos claves..... | 14 |
| Determinantes Sociales Ruta a Salud..... | 15 |
| ¿Cómo se influyen los determinantes sociales a las desigualdades de salud?..... | 18 |
| III. ASUNTOS PÚBLICOS Y COMENTARIOS SOBRE EQUIDAD EN SALUD..... | 21 |
| Entrevistas con informantes claves..... | 21 |
| Conversaciones con la comunidad | 23 |
| 2009 Cumbre sobre disparidades de salud..... | 25 |
| IV. RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS CLAVES..... | 28 |
| Recomendación 1: Mejorar Recopilación de Datos de Raza/Etnicidad /Sistema de Datos / Acceso a datos..... | 29 |
| Recomendación 2: Afirmar la capacidad de gobierno y de las comunidades desarrollar y sostener asociaciones efectivas y los programas que deshacen las inequidades raciales y étnicas de salud..... | 30 |
| Recomendación 3: Mejorar los determinantes sociales de inequidades raciales/étnicas de salud por medio de educación pública y intervenciones en la comunidad a base de evidencia..... | 31 |
| Recomendación 4: Asegurar acceso equitativo a cuidado de salud de calidad..... | 32 |
| Recommendation 5: Afirmar el compromiso de la comunidad, capacidad y otorgamiento de poderes | 33 |
| V. LAS MEJORES PRACTICAS EN SALUD EQUIDAD..... | 36 |
| VI. CONCLUSIÓN..... | 49 |

Lista de Figuras

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Figura 2.1. Determinantes de Salud | 16 |
| Figura 2.2. El camino de determinantes sociales a mortalidad infantil..... | 17 |
| Figura 2.3. El camino de determinantes sociales a enfermedades crónicas..... | 17 |

INTRODUCCIÓN Y RESUMEN

Las poblaciones raciales y étnicas tienen peores resultados que la población general por casi cada condición social y de salud. Los costos combinados con las disparidades raciales y de salud étnica y de la muerte prematura en los EE. UU. entre 2003 y 2006 fueron estimados a \$1.24 trillón, y está proyectado que al eliminar estas disparidades de salud puede haber reducido los gastos directos de cuidado médico en los EE. UU. por \$229.4 billón por el mismo periodo.¹ Tomando en cuenta las tendencias de la población ahora, los grupos de la minoría étnica y racial van a componer un 50% de la población de los EE. UU. y una proporción aumentada de la población de Michigan por 2050. Sin tener un esfuerzo enfocado para eliminar las disparidades de salud, la carga de estar mala de salud con las poblaciones vulnerables de Michigan probablemente va a multiplicarse, y los costos asociados al estado de Michigan serían insostenibles.

Al empezar con la expedición del reporte federal de Salud de los Negros y la Minoría 1985², han desarrollado muchos programas nacionales, estatales y locales para reducir las disparidades raciales en cardiopatía, cáncer, diabetes, mortalidad infantil, heridas involuntarias, y otras condiciones de salud. Mientras algunos programas han mostrado éxito, nuestras esfuerzos colectivos no han logrado cambios sostenibles en el estado de salud de la minoría, y siguen teniendo una desigualdad significativa de salud con las minorías étnicas y raciales comparada a los blancos. Se necesitan renovados enfoques que tratan de las causas prevenidas hacia las inequidades persistentes de salud entre las poblaciones de minorías étnicas y raciales.³

Este reporte presenta una nueva iniciativa de salud equidad desarrollado por el Michigan Departamento de Salud Comunitaria, bajo el liderazgo de la Sección de Reducir las Disparidades de Salud y Salud de la Minoría. Esperamos que este reporte estimule los esfuerzos coordinados entre la variedad de socios con el gobierno, asistencia médica, y comunidad para tratar y mejorar los determinantes sociales y económicos de salud de acuerdo con los resultados que son el peso de responsabilidad a nuestra población. Así, esperamos crear progreso sostenido hacia equidad en salud tal como todos de Michigan pueden disfrutar un nivel comparable de salud óptima.

Sección para reducir las disparidades de salud y salud de la minoría

En 1988, la Oficina de salud de la minoría (OMH) en Michigan fue establecida por orden ejecutivo al servir como el cuerpo coordinado para la salud de la minoría en el estado. Los cinco grupos raciales/étnicos servidos por el OMH incluyen afroamericanos, americanos nativos y Alaska Nativos, árabe y caldea americanos, asiáticos americanos y los de las islas del pacífico, y hispanos/latinos. En 2004, el Michigan Departamento de Salud Comunitaria (MDCH) tomó un enfoque hacia el

Sin tener un esfuerzo enfocado para eliminar las disparidades de salud, la carga de estar mala de salud con las poblaciones vulnerables de Michigan probablemente va a multiplicarse, y los costos asociados al estado de Michigan serán insostenibles.

I. Introducción y resumen

mejoramiento de salud dentro de las minorías, así creando la Sección de reducir las Disparidades de Salud y Salud de la Minoría (HDRMH). Esta sección nueva está compuesta de personal especializado y tiene un grupo de apoyo de trabajo. En 2006, the *El Proyecto de Ley de Salud de la Minoría –Acto Público 653 (PA 653)* fue firmado de ley por la legislatura estatal de Michigan. PA 653 manda que el estado de Michigan “desarrolla y implementa una estructura que trata las disparidades raciales y étnicas en este estado.”⁴ HDRMH sirve como la entidad que observa para esta ley.

El HDRMH fue establecido para proveer un enfoque persistente y continuo al eliminar las disparidades de salud dentro de las poblaciones de color de Michigan. El objetivo es de asegurar que las pólizas, los programas y la implementación de estrategias cuales son hecho a la medida culturalmente y forma lingüística para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad entre las poblaciones de color de Michigan. También, el HDRMH colabora con los sectores estatales, locales, y privados para adelantar y implementar la promoción de salud y estrategias de prevenir enfermedades. Las mayores funciones de HDRMH son:

- Apoyar y iniciar programas, estrategias y pólizas de salubridad que tratan de prevenir enfermedad, entregar servicios de salud, y investigación aplicada en las poblaciones de color;
- Colaborar en el desarrollo de todos los programas de departamento y las estrategias que se tratan de prevenir, entrega de servicio de salud y investigación aplicada en las poblaciones de color; y,
- Facilitar una integración en curso de servicios de salud cuales son apropiadas culturalmente y en forma lingüística al sistema de salud pública.

Sobre Este Reporte

Como parte de esta misión de HDRMH, este reporte – el *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* – muestra una visión y plan para meter en reverso las tendencias negativas de salud que han afligido las poblaciones raciales y étnicas por décadas. Este reporte tiene cuatro propósitos:

1. Fomentar salud pública y socios con asistencia médica en Michigan para dirigir más política y atención programática a los determinantes sociales fundamentales y económicos que conducen las disparidades raciales y étnicas de salud;
2. Subrayar las mejores prácticas a reducir las inequidades de salud con énfasis a los determinantes sociales de salud y las mejoras del sistema dentro de las instituciones y las comunidades;
3. Invitar a los gobiernos estatales y locales, los proveedores de salud y los seguros, las agencias de servicios sociales, la comunidad comercial, universidades, y organizaciones cívicas y basadas en la comunidad para desarrollar planes colaborativos que mejoren ambas condiciones sociales y de salud de las comunidades; y
4. Fomentar asociaciones más fuertes con instituciones/comunidades y colaboración con la comunidad con los segmentos de nuestra población que tengan las experiencias de desigualdades raciales y étnicas.

Al cumplir con estos objetivos, el *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* incluye un juego de recomendaciones de acción (vea Sección 4) que comenzarán el proceso de eliminar las disparidades raciales y étnicas de salud al promover equidad de salud así que todos los de Michigan tienen una oportunidad a lograr su completo potencial de salubridad. Las recomendaciones fueron desarrolladas después de un repaso extensivo de las pólizas de equidad de salud y los programas implementados por las organizaciones nacionales y las basadas en Michigan junto con respuestas de los empleados de las agencias de gobierno, las organizaciones de la comunidad y sus miembros, los interesados de varios sectores quienes dan sus sugerencias a varios foros creados por la *Iniciativa del Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan*.

I. Introducción y resumen

Este reporte también provee los antecedentes en el proceso de *mapa de ruta*, incluyendo un resumen del MCDH-patronizado por el 2009 *Cumbre de las disparidades de salud* comentarios recibidos de los miembros de la comunidad hacia sus cuestiones y preocupaciones que se aplican a salud equidad a las razas y ethnicidades en Michigan (vea Sección 3). Al despertar conciencia de salud equidad, este reporte incluye una perspectiva educativa de determinantes sociales de salud (vea Sección 2) y un repaso de las mejores practicas para obtener salud equidad (vea Sección 5). Último, porque los datos pertinentes son esenciales para vigilar y evaluar la salud equidad, el reporte incluye datos de salud equidad para las poblaciones raciales y étnicas en Michigan—con ambos puntos salientes de determinantes sociales de salud y los elegidos resultados de salud (vea Sección 6).

Este reporte no ha sido posible sin colaboraciones entre HDRMH y sus muchos socios dentro y afuera de MDCH. Por ejemplo, entrevistamos los informantes claves quienes ya han empezado pensar sobre los determinantes sociales de salud o estaban trabajando las soluciones para lograr salud equidad. También hemos hablado con muchas voces en Michigan, incluyendo personas quienes trabajan en programas de salud a MDCH, miembros anteriores legislativos, empleados academicos, personas trabajando en organizaciones sin lucro y basadas en la comunidad, miembros de grupo defensores, miembros de comunidad de fé, y líderes de la comunidad. Además, HDRMH juntó informes vitals a nivel básico por una serie de 21 conversaciones con la comunidad alrededor del estado presentadas por las organizaciones locales. Utilizamos estos informes para desarrollar las recomendaciones elegidas y identificar asociaciones necesitadas tradicionales y no tradicionales para sostener el *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan*.

El 9 de septiembre, 2009, HDRMH se reunió un cumbre en Lansing tomando un paso mayor en despertar la conciencia del público sobre salud equidad y los programas relatados y creando un cambio en la paradigma en como podemos atacar las disparidades y salud equidad en Michigan. Tambien sirvió como un paso significativo al construir puentes y asociaciones por las agencias que son necesarias para hacer trabajo real y sostenible asi se puede nivelar el campo de salud para todos los de Michigan.

El eje central del *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* es la lista de recomendaciones basadas en el colectivo de información y entrada de varias fuentes/recursos. Para lograr estas recomendaciones va a requerir un compromiso sostenido y innovador, colaboraciones de multi-sectores que se enfoquen al mejorar los determinantes sociales de salud y consolidar los valores de la comunidad para obtener salud equidad para todos los residentes de Michigan. La lista completa de recomendaciones y estrategias esta descrito en Sección 4. De esta lista completa, seleccionamos unas recomendaciones de atención prioridad. Las recomendaciones prioridades están próximas como puntos salientes.

Prioridad de Estrategias y Recomendaciones

Listada en la próxima página, están las estrategias y recomendaciones de prioridad en el *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* por el año que viene. La Seccion de reducir las disparidades de salud y salud de minoría va a tomar un rol de líder y coordinador para tratar estas prioridades durante este periodo intermedio.

I. Introducción y resumen

Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan

Prioridad de Recomendaciones y Estrategías

Recomendación 1: Mejorar la recopilación de datos de raza/étnicidad/ Sistemas de datos/ Acceso a los Datos

- Asegura que raza, étnicidad, y datos de la lengua preferida están coleccionados de todos los participantes en los programas de salud y servicios sociales.
- Identifica y establece un juego de datos sobre equidad de salud que estará mantenido dentro de la Sección de Reducir las Disparidades y Salud de la Minoría (HDRMH). El juego de datos incluirá los indicadores por las condiciones económicas y sociales; condiciones de ambiente; estado de salud, comportamiento, y asistencia de salud; y los resultados de poner prioridad a salud para observar equidad de salud dentro de las poblaciones de la minoría racial y étnica en Michigan.
- Establece una página en la red de HDRMH que reportará los datos indicadores de salud, los datos de equidad de salud y otra información de salud relacionada a las cinco poblaciones raciales/étnicas servidas por la sección.

Recomendación 2: Fortalece la capacidad del gobierno y las comunidades para desarrollar y sostener asociaciones efectivas y los programas que mejoran las inequidades raciales/étnicas de salud.

- a. El HDRMH repasará y revisará sus prioridades de financiando con énfasis de fortalecer la capacidad de las agencias estatales y locales para implementar programas basados en evidencia para mejorar equidad de salud dentro de las comunidades raciales y étnicas de la minoría.
- b. Cultiva y moviliza asociaciones con agencias gubernales, sin fines de lucro, los CBO, negocios, y cuidado medico para dirigir cuales son las causas de las inequidades de salud dentro de las comunidades de minorías raciales y étnicas.

Recomendación 3: Mejora los determinantes sociales de las inequidades raciales/étnicas de salud por educación pública y intervenciones de la comunidad a base de evidencia.

- a. Desarrolla materiales para educar los profesionales de salud pública, diseñadores de políticas, trabajadores de salud de la comunidad, y proveedores de asistencia médica y sobre los determinantes sociales de equidad de salud racial y étnica.
- b. Desarrolla y implementa una justicia social, anti-racismo, y currículo de capacidad cultural para implementarla con el personal MDCH.

Recomendación 4: Asegura acceso equitativo a asistencia médica de calidad.

- a. Adopta y hace cumplir los estandares por el Departamento hacia cumplimiento lingüístico y cultural de servicios (CLAS).

Recomendación 5: Fortalece compromiso de comunidad, capacidad y otorgamiento de poderes.

- a. Establece un nivel estatal de salud equidad grupo consejero que consiste de consumidores, los interesados públicos y privados, diseñadores de políticas en el desarrollo de iniciativas de equidad de salud.

I. Introducción y resumen

Secciones de Puntos Salientes:

El siguiente resumen presenta los ideas claves en cada sección de este reporte de *mapa de ruta*.

Sección 1-Introducción

- Este reporte presenta una nueva iniciativa de equidad de salud racial y étnica por el estado de Michigan, titulado el *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan*, desarrolló bajo el liderazgo de la Sección de Reducir las Disparidades de Salud y Salud de la Minoría en el Michigan Departamento de Salud Comunitaria – con entradas de las asociaciones institucionales y de la comunidad por multiples sectores.
- El *mapa de ruta* es importante porque:
 - Las disparidades raciales y étnicas de salud crean una carga costosa a salud para el estado de Michigan,
 - Las disparidades raciales y étnicas de salud no han disminuido considerablemente a pesar de décadas de financiamiento y programas por la salud de la minoría,
 - Se necesita un enfoque renovado por el mejoramiento de salud para la minoría que trata los determinantes economicos y sociales que mantienen las disparidades persistentes de salud de las razas y étnicidades.
- El *Mapa de ruta* prioriza las recomendaciones y estrategias de equidad de salud en cinco areas:
 - Datos de raza/etnicidad
 - Capacidad del gobierno y de la comunidad
 - Determinantes sociales de salud
 - Acceso a asistencia médica de calidad
 - Participación y otorgamiento de poderes de la comunidad

Sección 2- Determinantes Sociales de Salud (y equidad en salud)

- Los determinantes sociales de salud se refieren a los factores de ambiente, económicos y sociales que contribuyen a la salud general de los individuos y las comunidades.
- El mejoramiento de los determinantes sociales y de ambiente en salud, por multiples propuestas, pueden contribuir al mejoramiento sostenido de salud que tratan de asistencia médica o las acciones y riesgos de individuos.
- Deben prestar más atención a la salud de la comunidad por los factores sociales y por medio de ambiente que enfocar atencion a los factores individuos tal como acción de salud personal.
- Las causas raices para las condiciones disparidades de salud tal como mortalidad infantil y algunas enfermedades crónicas que tienen su fondo en condiciones sociales, económicas y de ambiente.

I. Introducción y resumen

- Para obtener equidad en la salud quiere decir limitar la diferencia de salud entre poblaciones que tengan diferentes niveles de riqueza, poder, y/o prestigio social.
- Equidad en la salud provee a todo el mundo con oportunidades justas de obtener su completa potencia de salud.
- Mejoramientos en las condiciones sociales, económicas, y ambientales pueden tener impacto a la salud de todas las personas de Michigan a cada nivel socioeconómico —no solo las comunidades de color. Por eso, equidad en la salud beneficia a todos.

Sección 3- Problemas Públicos y Comentarios

Entrevistas con Informante Clave

- El clima social y económico en Michigan, incluyendo desempleo y presupuestos reducidos a los servicios sociales y de salud, son retos al obtener equidad en la salud racial y étnica.
- No debemos evitar “los elefantes en el cuarto”. Lo que quiere decir, tenemos que ser honesto y valiente para discutir temas difíciles de raza, clase y equidad para progresar en el mejoramiento de condiciones sociales y de salud que impactan en forma negativa a las comunidades de minorías.
- Hay agencias que vengan a las comunidades con fondos para agendas establecidas y proyectos que no están dirigidos hacia las necesidades y deseos que de verdad tiene la comunidad. No hay apoyo continuo ni compromiso a las comunidades cuando se acaban los fondos.
- Se preocupa sobre confianza y poder compartido cuando se forman asociaciones con las comunidades.
- No debemos presumir que la gente en quienes confiamos reducir las disparidades de salud actualmente conozcan las comunidades. Un razonamiento equivocado de asunción ayuda producir iniciativas que no sean efectivas.
- Bureaucracia puede tener mal influencia a acción verdadera y modos innovadores de realizar los programas.

Conversaciones con la comunidad

- Las siguientes temas sobre salud equidad están mencionadas por 21 grupos de individuos y organizaciones invitaron de las comunidades de minorías raciales/étnicas:

Acceso, calidad y costo de asistencia médica

Defensores de salud en la comunidad

Prácticas mejoradas de colectivo de datos

Recursos para los programas, servicios, y navegar los sistemas de servicios sociales y salud

Educación sobre los servicios apropiados de cultura y lingüística

Reacción después de investigaciones (o encuestas) de comunidades

Incluir en el proceso de planificación de programas, servicios y obtener datos

I. Introducción y resumen

2009 Cumbre de Disparidades de Salud

- Sugerencias seleccionadas a las respuestas de gobierno y comunidad para mejorar equidad en la salud:
 - Educar los usuarios y interesados porque los datos raciales y étnicos son importantes, los tipos de datos que necesitan juntar, y como pueden usar los datos en el desarrollo del programa y evaluación.
 - Crear los datos de la comunidad –facil de usar y gratis asi que puede construir efectivamente la capacidad local y promover salud.
 - Asegurar tiempo, dinero y recursos dedicados a tratar los problemas de equidad de salud.
 - Fortalecer asociaciones entre grupos en la comunidad y gobierno estatal, los comercios, proveedores de plan de salud que tratan las desigualdades raciales y étnicas de salud.
 - Desarrollar mapas de valores para identificar los recursos disponibles por el estado que el gobierno, las organizaciones y los individuos se pueden usar.
 - Se facilitan programas de educación cultural para hospitales y proveedores de asistencia médica.
 - Asegurar equidad hacia los grupos de comunidad en terminos de recursos y servicios.

Sección 4-Recomendaciones y Estratégias (Mapa de Camino Prioridades)

- Recomendación 1: Mejorar Colectivo de Datos de Raza/Etnicidad/Sistemas de Datos/ Accesibilidad de Datos
 - Asegura que coleccionan los datos de raza, etnicidad, y lengua preferida para todos los participantes de los programas de servicios sociales y de salud.
 - Identifica y establece un juego de datos de salud equidad que este mantenido dentro de la Sección de Reducir Disparidades y Salud de la Minoría (HDRMH). La colección de datos incluirá los indicadores en las condiciones económicas y sociales; condiciones ambientales; estado de salud, comportamientos, y asistencia médica; establecer un orden de prioridades para vigilar la salud equidad por las poblaciones raciales y étnicas de las minorías en Michigan.
 - Establece una pagina de Internet HDRMH que reportará los datos de salud indicadores, datos de equidad en la salud, y otra información de salud relacionada con las cinco poblaciones raciales/étnicas servidas por la sección.
- Recomendación 2: Fortalece la capacidad de gobierno y las comunidades desarrollar y sostener asociaciones efectivas y programas para mejorar las desequidades raciales y étnicas en la salud.
 - HDRMH repasará y revisará sus prioridades de financiando con esfuerzo de intensificar la capacidad de las agencias estatales y locales para implementar programas a base de evidencia y mejorar salud equidad por las comunidades de minorías raciales y étnicas.

I. Introducción y resumen

Cultiva y moviliza asociaciones con agencias de gobierno, sin-ánimo, CBOs, comercios, y asistencia médica para dedicarse a las causas de las desigualdades dentro de las comunidades de minorías raciales y étnicas.

- **Recomendación 3:** Mejorar los determinantes sociales de las desigualdades raciales/étnicas en la salud por educación pública y a base de evidencia las intervenciones en la comunidad.

Desarrolla materiales para educar profesionales con la salud pública, diseñador de políticas, trabajadores de la salud comunitaria, y proveedores de asistencia médica sobre los determinantes sociales de salud y sobre equidad racial y étnica en la salud.

Desarrolla y implementa una justicia social, anti-racismo, y currículo de competencia cultural para implementación con personal MDCH.

- **Recomendación 4:** Asegura acceso equitativo a asistencia médica de calidad.

Adopta y cumple unos estándares por todo el departamento para servicios competentes culturales y lingüísticos (CLAS) .

- **Recomendación 5:** Intensifica el interés de la comunidad, capacidad y otorgamiento de poderes.

Establece un grupo asesor a nivel estatal de salud equidad que incluye consumidores, interesados públicos y privados, diseñadores de políticas en el desarrollo de iniciativas de salud equidad.

Sección 5- Las Mejores Prácticas

Ejemplos de evidencia y prácticas modeladas hacia la política de equidad en la salud y los programas descritos abajo. (Los recursos salientes están enlazados a los documentos en línea.)

Datos de Equidad en la Salud

- Datos de equidad sobre asistencia médica debe incluir información, al mínimo, sobre raza y etnicidad, lengua principal, y una medida de posición socioeconómica.
- Datos de área-pequeño a los niveles de condado, ciudad o código postal pueden proveer información de las poblaciones más pequeñas las cuales no están identificadas en las bases de datos nacionales o estatales.

Recursos:

Directorio de Juego de Datos Determinantes Sociales de Salud al nivel local

Regulación de recopilación de datos (Boston Comisión de Salud Pública)

Mejoramiento de la recopilación y uso de datos raciales y étnicos en HHS

Directorio de recursos de los datos de servicios humanos y de salud

I. Introducción y resumen

Capacidad de Gobierno y Comunidad

- Programas de equidad en la salud van a lograr más enfoques a sistemas y contabilidad de alto-nivel a los objetivos de equidad en la salud.
- Al lograr los objetivos de equidad en la salud requieren asociaciones extensivas y colaboraciones por varios sectores incluyendo salud pública y agencias de gobierno, otros interesados públicos y privados, y los consumidores.

Recursos:

Michigan Proyecto de Ley 4455 (Michigan PA 653)

Declaración de la póliza de equidad en la salud de la asociación de oficios del estado y territorio

Enfrentando desequidad de salud por medio de trabajo con salud pública: Un Manual de acción

Promover Equidad en la Salud : Una guía de recursos para ayudar las comunidades tratar los determinantes sociales de salud

Determinantes Sociales de Salud

- Un enfoque de equidad en la salud justifica atención a los vecindarios y los ambientes en donde viven, aprenden, trabajan y juegan los residentes.
- La posición socioeconómica es una pronosticadora importante de estado de salud.
- Las condiciones sociales generales tienen más influencia al fabricar las desequidades de salud que asistencia médica o solo los factores individuos de riesgo.
- Ejemplos de áreas de intervenir para mejorar los determinantes sociales y ambientales de salud incluyen empleo, educación, discriminación racial y étnica, transporte, alojamiento, seguridad de vecindario, acceso a comida sana, y unión social o cohesión social.

Recursos:

WHO Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud

Causas que no son naturales...¿nos está enfermando la desigualdad?

La Guía Comunitaria

Instituto de Prevenir

I. Introducción y resumen

Asistencia médica

- Las disparidades de asistencia médica y tratamiento desigual ocurren en el contexto de desigualdad socioeconómica y discriminación racial y étnica dentro de la amplia sociedad que impacta el sistema de asistencia médica, incluyendo los proveedores de asistencia médica.
- Intervenciones recomendadas para mejorar equidad de asistencia médica pueden dirigir la conciencia de proveedor de las disparidades; minorías con baja representación en las profesiones de asistencia médica; programas de navegar por el paciente; educación intercultural; datos mejorados para observar y evaluar las disparidades de asistencia médica.

Recursos:

Normas nacionales de servicios cultural y lingüísticamente competentes (CLAS)

Capacidad y Otorgamiento de poderes en la comunidad

- Comunidad participante y otorgamiento de poderes tratan de ayudar a las comunidades pensar en los poderes existiendo en la comunidad lo cual puede estar movilizado para reducir las desequidades sociales y de salud.

Recursos:

Caja de herramientas de la comunidad

Instituto de prevenir THRIVE

Sección 6-Datos de Equidad en la Salud

- Observando los datos de determinantes sociales juntos con resultados de salud es óptimo para evaluar nuestro éxito al obtener equidad en la salud con las poblaciones de minorías raciales y étnicas en Michigan.
- El *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan* ha adoptado un estandar consistente para juntar los datos comprensivos sociales y de salud hacia las poblaciones raciales y étnicas de Michigan y vigilar y evaluar el progreso para salud equidad.
- Los datos estarán vigilados por aproximadamente 20 indicadores de prioridad y 50 indicadores comprensivos organizados bajo tres categorías: Determinantes de Salud; Estado de Salud, Comportamiento y Asistencia Médica; y Enfermedades y Muertes. Información sobre indicadores elegidos estarán comunicados a menudo a los diseñadores de políticas y el público general.

Puntos Salientes de Datos

Determinantes Sociales de Salud

- En 1999 y 2006-08, el mediano ingreso anual del hogar en Michigan fue el más bajo en la población afroamericana y el más alto entre los asiáticos por ambos periodos entre todos los grupos.

I. Introducción y Sumario

- El porcentaje de niños que viven en la miseria se aumentó por todas las poblaciones raciales y étnicas desde 2000 a 2006-08.
- Desde 2003 a 2008, desempleo aumentó por todos los grupos raciales y étnicos por lo cual existían los datos.
- Registro de votar mejoró para todas las poblaciones raciales y étnicas en Michigan de 2006-2008.
- Según el Michigan 2006-2008 Estudio de Reconocimiento de los Factores de Riesgo a comportamiento (el “BRFSS”), los americanos nativos/nativos de Alaska y afroamericanos fueron los americanos más probables reportar que están descontentos con sus vidas (8.9% y 10% respectivamente).

Estado de Salud, Comportamiento y Asistencia Médica

- A propósito al BRFSS de 2006-2008, americanos nativos/nativos de Alaska y afroamericanos fueron los grupos más probable reportar salud aceptable o mala comparada a las otras poblaciones raciales/étnicas.
- Durante los años 2006-2008, los nativos americanos/nativos de Alaska tuvieron el porcentaje más alto (46%) de personas obesas en la población, seguidas por los afroamericanos (38%) y hispanos/latinos (37%).
- Durante 2006-2008, los nativos americanos/nativos de Alaska y afroamericanos tuvieron los estimados porcentajes más altos de personas quienes fuman en la población (33% y 24% respectivamente). Hispanos/Latinos reportaron como 20% de fumadores y los asiáticos tuvieron la tasa más baja de gente que fuman.
- Durante 1997-1999, el porcentaje de personas que no estaban cubiertas por seguro privado, o Medicaid, Medicare, fue lo más grande con los hispanos/latinos (23%) y afroamericanos (17%) comparados a la gente blanca (12%).

Enfermedades y muertes

- En 2002 y 2008, los afroamericanos tuvieron la más alta mortalidad de cardiopatía y cancer. Los asiáticos y hispanos/latinos tuvieron la más baja mortalidad con estas condiciones.
- Durante 2006-2008, la prevalencia de diabetes sobrepasó 10% por todas las poblaciones de minorías raciales/étnicas. La prevalencia estimada fue 16.5% entre americanos nativos/Alaska nativos, 10.8% entre los asiáticos, 14.7% entre afroamericanos, y 12.4% entre hispanos/latinos en contra a 7.3% diabetes prevalencia entre personas blancas.
- En 2007, la índice de mortalidad de infantes entre los afroamericanos (16.5) fue casi tres veces más altas que la de la gente blanca. La próxima índice más alta fue entre los americanos nativos/nativos de Alaska (11.1) y hispanos/latinos (10.3). Asiáticos y arabe-americanos se encontraron las índices de mortalidad infantil fueron similares o más bajas de la promedia índice de 6.0 observadas entre la gente blanca.

I. Introducción y Sumario

Observación y Evaluación de Salud Equidad Racial/Etnica

- De las 17 medidas de salud seleccionadas en este reporte, de 30% a 65% de los indicadores mejoraron con las específicas poblaciones raciales/étnicas sobre tiempo de los periodos de 2000-2004 a 2005-2009. El más grande mejoramiento proporcionado ocurrió entre los afroamericanos. El menor mejoramiento proporcionado ocurrió entre los indios nativos americanos/nativos de Alaska.
- De las 17 medidas de salud seleccionadas en este reporte, mostramos los puntos salientes relacionados a las disparidades por lo más recientes periodos para cada población racial/étnica de minoría comparada a la referente población blanca.
- La población afroamericana, las tres más grandes disparidades fueron la infección de sida (VIH) (proporción negra/blanca = 9.5); pobreza infantil (proporción negra/blanca = 3.2); y mortalidad infantil (proporción negra/blanca = 2.8).
- La población de nativos americanos/nativos de Alaska (NANA), las tres más grandes disparidades fueron el porcentaje de días de mala salud física en exceso de 13 días en el mes pasado (proporción NANA/blanca = 2.2); pobreza infantil (proporción NANA /blanca = 2.2); y mortalidad infantil (proporción NANA /blanca = 1.9).
- La población asiática tenía tasas mas favorables que la gente blanca para indicadores elegidos. El ingreso mediano de los asiáticos fue 30% más alto que los blancos (proporción asiática/blanca= 1.3); los asiáticos reportaron la más baja proporción de días de mala salud física en exceso de 13 días en el mes pasado (proporción asiática/blanca= 0.3); y los asiáticos fueron de menos probabilidad de fumar comparada a la gente blanca (proporción asiática/blanca= 0.2).
- La población hispana, las tres más grandes disparidades fueron la tasa de abandonar los estudios de colegio (proporción hispana/blanca = 2.6); pobreza infantil (proporción hispana/blanca = 2.3); y la infección de sida (VIH) (proporción hispana/blanca = 2.3).
- La “desigualdad de desequidad” o *Tasa sobre la posición de desequidad* es una medida del progreso hacia e equidad de las poblaciones de las minorías raciales/étnicas de Michigan. La índice de estado de desequidad está calculada tal como el cambio de porcentaje en la diferencia absoluta de las tasas entre dos periodos para cada población de minoría comparada a la referente población blanca. Si el cambio de porcentaje subió durante los dos periodos, el estado de desequidad estaría representado como aumento (↑), indicando una desigualdad más grande o una desequidad más grande entre una población de minoría y la población blanca despues tiempo. Si el cambio de porcentaje rebajó, el estado de desequidad estaría representado como rebajo (↓) indicando una desigualdad de disparidad despues de tiempo. En este reporte, la índice del estado de desequidad evalua el progreso de los periodos de 2000-2004 a 2005-2009.
- Al comparar los afroamericanos a la población blanca: la desigualdad de desequidad **augmentó** por un ingreso mediano del hogar, pobreza infantil, la tasa de abandonar los estudios de colegio, reportar mala salud, días físicas de mala salud en el mes pasado, porcentaje sin seguridad de salud, diabetes, y infección de sida VIH. La desigualdad de *desequidad rebajó* por el porcentaje de personas quienes no están registradas votar, días de sanidad de mala salud en el mes pasado, obesidad, uso de tabaco, mortalidad infantil, y muertes de cardiopatía, cancer y heridas sin intención.

I. Introducción and resumen

- Para los nativos americanos/nativos de Alaska comparados a la población blanca: la desigualdad de *desequidad* aumentó hacia el ingreso mediano del hogar, la tasa de abandonar los estudios de colegio, mortalidad infantil, y mortalidad de cardiopatía. La desigualdad de *desequidad* **rebajó** en las áreas de pobreza infantil, infección de sida (VIH), y muertes de cancer y heridas sin intención.
- Para los asiáticos comparados a la población blanca: la desigualdad de *desequidad* **aumentó** para el ingreso mediano del hogar, la tasa de abandonar los estudios de colegio, infección de sida (VIH), y muertes de heridas sin intención. La desigualdad de *desequidad* **rebajó** en las áreas de pobreza infantil, el porcentaje de personas quienes no están registradas votar, mortalidad infantil, y muertes de cardiopatía.
- Al comparar los hispanos/latinos a la población blanca: la desigualdad de *desequidad* **aumentó** por un ingreso mediano del hogar, pobreza infantil, obesidad, diabetes, infección de sida VIH, mortalidad infantil. La desigualdad de *desequidad* **rebajó** por la tasa de abandonar los estudios de colegio, reportar mala salud, el porcentaje de personas quienes no están registradas votar, porcentaje sin seguridad de salud y muertes de cardiopatía y cancer.

Desafíos Continuos

Para hacer un hueco en la desigualdad de *desequidad* en Michigan continuará ser un desafío. Mientras que hay esfuerzos de aumentar el alcance, la conciencia, y el acceso a servicios de asistencia médica se crean ser critica rebajar las índices generales de cancer, enfermedad cardiovascular, infección de sida (VIH) y STD, mortalidad infantil, tenemos poco éxito al rebajar las índices de estas condiciones de salud entre afroamericanos, hispanos/latinos, arabe/caldeamericanos, y americanos nativos/ poblaciones de nativos americanos.

Cerrarse el hueco de *desequidad* raciales y étnicas de salud será más complicado por los tiempos duros por la economía en Michigan. Michigan ahora tiene la tasa de empleo más alta en la nación. Existía una temporada en la industria automotriz cuando habia una red de seguridad para seguranzas de salud y ingresos, pero las cerraduras de fabricas recientemente han resultado en las perdidas de trabajo que impacta cantidad de individuos y familias sin seguranzas.

El *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* reconoce que la salud general probablemente no va a mejorar cuando hay tanta necesidad, y tomamos cuenta de los determinantes sociales y económicos fundamentales que tengan impacto a salud y asistencia médica, así con nuestro deseos de maximizar salud para las comunidades raciales y étnicas en Michigan.

Referencias

¹ LaVeist TA, Gaskin DJ, Richard P. *The Economic Burden of Health Inequalities in the United States*. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies; September 2009.

² US Department of Health and Human Services. *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health, Vol 1: Executive Summary*. Washington, DC: DHHS; August 1985.

³ Syme SL. Reducing racial and social-class inequalities in health: the need for a new approach. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:456-459.

⁴ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf

II. Determinantes Sociales de Salud

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Estar bien de salud viene de una combinación de biología, asistencia médica, conducta médica, y determinantes sociales y de ambiente. Los factores de biología, asistencia médica, y conducta cuentan por una porción significativa del estado de salud. Sin embargo, la salud de uno recibe mucha influencia por medio de condiciones ambientales y socioeconómicas—mencionado en terminos generales como determinantes sociales de salud.¹ El mejoramiento en los determinantes sociales y ambientales de salud por medio de multiples enfoques (por ejemplo la rebaja de pobreza y desigualdad económica, programas de educación a infancia temprana, viviendas adecuadas, parques y recreos seguros, comida sana accesible, cohesión, participación con la comunidad) contribuyen al mejoramiento de salud que dirigiéndose a asistencia médica o riesgos de conducta por individuos.² Cuando consideramos las condiciones perjudiciales que impactan sin proporción a las comunidades raciales y étnicas, la importancia de determinantes sociales son en particular pertinentes.³

Sistemas de salud pública tienen la responsabilidad de asegurar condiciones sanas para todos y cerrar las desigualdades de salud observadas entre la comunidad general y las poblaciones vulnerables.⁴ Según, muchos departamentos de salud pública del estado y local en Michigan han expresado su responsabilidad de eliminar disparidades de salud, especialmente dentro de las poblaciones de minorías raciales y étnicas. Porque el enfoque tradicional ha centrado al reducir las disparidades en los resultados de salud y el comportamiento de salud de individuos y menos atención han dado a las causas sociales, económicas, y ambientales de malestar. Para meter en reverso esta tendencia, las organizaciones públicas han empezado cambiar su énfasis de disparidades de salud a salud equidad.^{5,6,7}

Un enfoque a equidad en la salud, en vez de disparidades de salud, ayuda ampliarse las esfuerzos de prevenir enfermedades más que los factores de riesgo individuo a las causas raices que influyen la conducta de salud y los resultados. Un enfoque de salud equidad tambien tiene buen sentido hacia el bien estar de la salud pública. Tratando las condiciones sociales, económicas y ambientales contribuirán a ampliarse mejorar salud equitativa a todos los segmentos de la población, incluyendo la gente desventajada, que enfocar a los factores de riesgos individuos. Salud equidad se beneficia a todos.

Conceptos Claves

El entendimiento de *Mapa de ruta a la equidad en la salud en Michigan* estará mejorado al compartirlo con los siguientes conceptos claves: **Disparidades de Salud** son diferencias significantes en la tasa general de incidentes de enfermedad, prevalencia, morbilidad, mortalidad, o tasas de sobrevivir en la minoría población racial/étnica como comparada al

Mejoramiento en los determinantes sociales y ambientales de salud por medio de multiples enfoques contribuyen al mejoramiento de salud que solo dirigiéndose a asistencia médica o riesgos de conducta por individuos.

II. Determinantes sociales de salud

estado de salud de la población general.⁸ Disparidades de salud se refieren a las diferencias de salud medidas entre dos poblaciones, a pesar de las razones subyacentes hacia las diferencias.

Desequidades de Salud son diferencias de salud por grupos de la población que son sistémicas, sin necesidad y evitable, y están consideradas desleales e injustas.⁹ Desequidades de salud tienen sus raíces en acceso desigual o expuesto a determinantes sociales de salud tal como educación, asistencia médica, y vivienda y condiciones de trabajo sanas. Las poblaciones de minorías raciales/étnicas están impactadas desproporcionadamente por condiciones malas en estas áreas, lo que resulta en mal estado de salud y resultados de salud.

Desigualdades de Salud se han usado como intercambio con disparidades de salud y desequidades de salud. En el *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan*, el término desigualdades de salud se usa para distinguir las diferencias de salud entre los contextos sociales de desleal e injusto (i.e. desequidades) en lugar de observaciones simples de diferencias en los determinantes de salud o resultados de salud expresados entre poblaciones (i.e. disparidades).

Equidad en la Salud es la ausencia de disparidades sistemáticas en salud y sus determinantes entre los grupos de personas a diferentes niveles de ventaja social.¹⁰ Para obtener salud equidad quiere decir cerrar el hueco de salud entre las poblaciones que tienen diferentes niveles de riqueza, poder, y/o prestigio social. Por ejemplo, personas de bajo ingreso y minorías raciales/étnicas en general están más mal de salud que la gente que tiene más recursos económicos o quienes son miembros de grupos raciales más poderosos y privilegiados. Salud equidad se cae bajo el término general de justicia social. Al eliminar disparidades de salud y desequidades de salud entre poblaciones raciales y étnicas nos lleva hacia nuestro objetivo de salud equidad y justicia social, y un enfoque significativo de esta esfuerzo es dirigir los determinantes sociales de salud que influyen en nuestros resultados de la prioridad a salud pública.

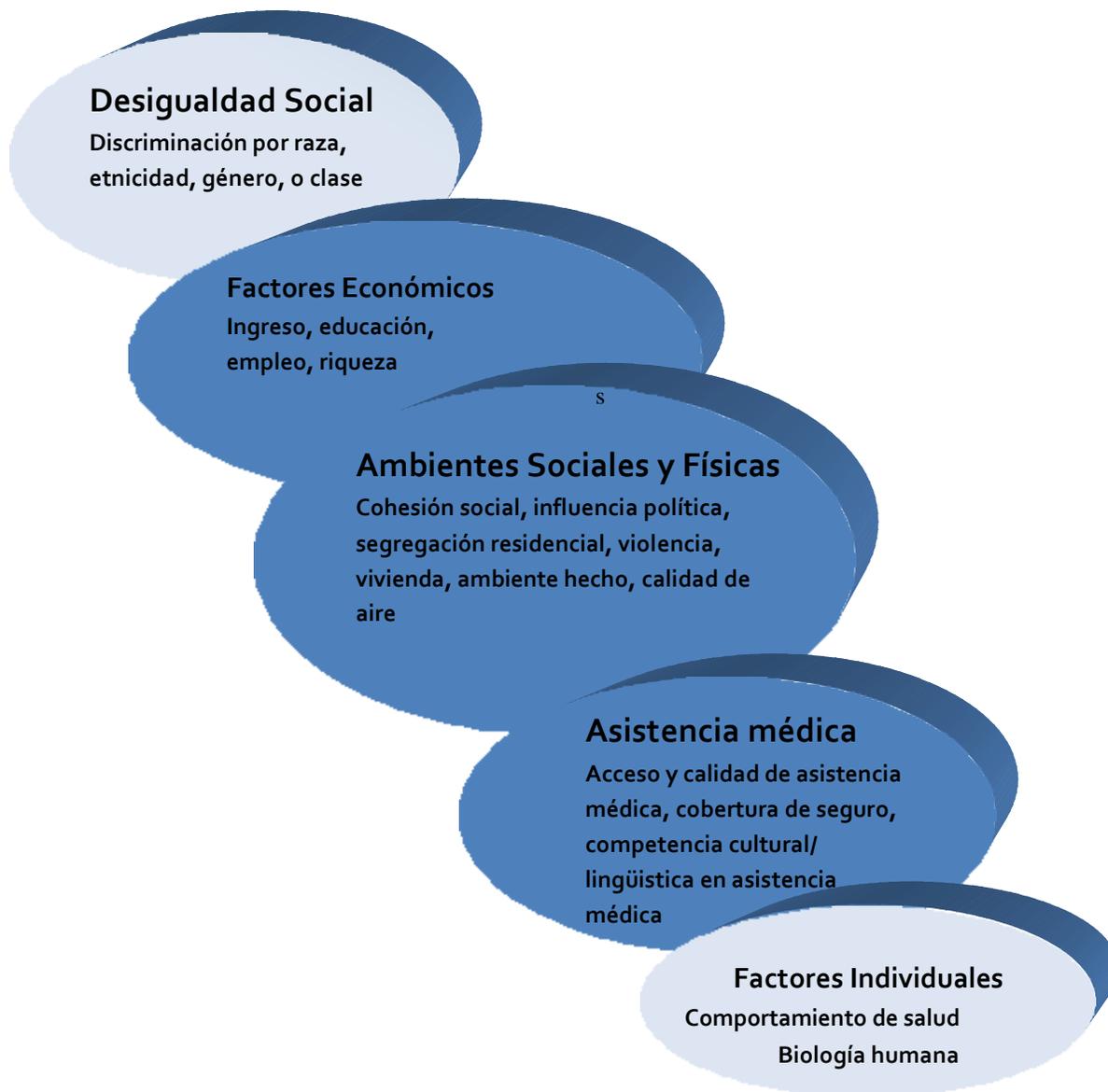
Determinantes sociales de salud se refieren a los factores sociales, económicos, y ambientales que contribuyen a la salud general de individuos y comunidades.¹¹ *Factores sociales* incluyen, por ejemplo, discriminación racial y étnica; influencia política; y conexión social. Los *factores económicos* incluyen ingreso, educación, empleo, y riqueza. Los *factores ambientales* incluyen condiciones de trabajo y vivienda, transporte, y calidad de aire y agua. Un enfoque a salud equidad en Michigan requiere más esfuerzos dirigidos para tratar estos determinantes sociales para optimizar la promoción de salud y esfuerzos de prevenir enfermedad.

Determinantes sociales ruta a salud

Las siguientes figuras ayudan a ilustrar cómo los factores sociales, económicos, y ambientales influyen en la salud. Figura 2.1 muestra una gama de factores que determinan el estado de salud para individuos y comunidades. La gama de los determinantes de salud es de factores en el ambiente social a los niveles superiores de influencia de salud a los factores más individualizados de genéticos y conducta personal de salud a los niveles menores. Aún mucho énfasis sobre las disparidades de salud muestran los factores de riesgo personal y asistencia médica, ambientes sociales y físicos también toman un papel crucial en la formación de salud. Por ejemplo, disparidades de asma pueden estar peor por contaminación en las afueras o ambiente de casa, y desventajas económicas crean menos opciones para asegurar los apartamentos o casas en forma que sean seguros al ambiente y vecendarios seguros. Un enfoque renovado a equidad en la salud requiere enfoques integrados que muestran determinantes de salud de nivel superior tal como discriminación social y económica y ambientes de vecindario, y determinantes de salud de nivel menor como conducta personal o asistencia médica.

II. Determinantes Sociales de Salud

Figura 2.1. Determinantes de Salud



Mapa de ruta a la equidad en la salud Michigan II. Determinantes Sociales de Salud

Figuras 2.2 y 2.3 proveen ejemplos para mostrar como los determinantes sociales, conducta de salud, y asistencia médica funcionan en combinación para influir los resultados eligidos de mortalidad infantil y enfermedades crónicas.

Figura 2.2. Determinantes sociales al camino de mortalidad infantil

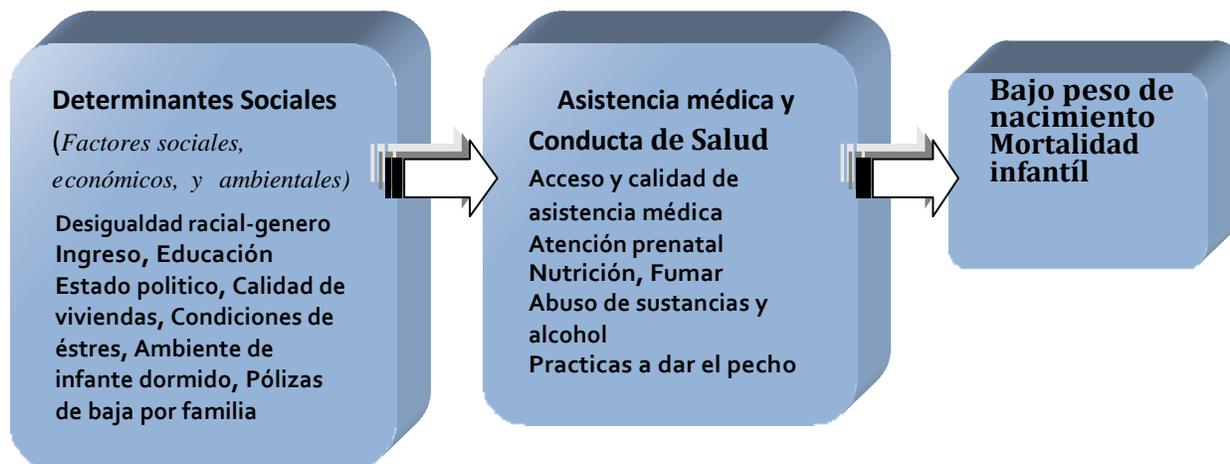
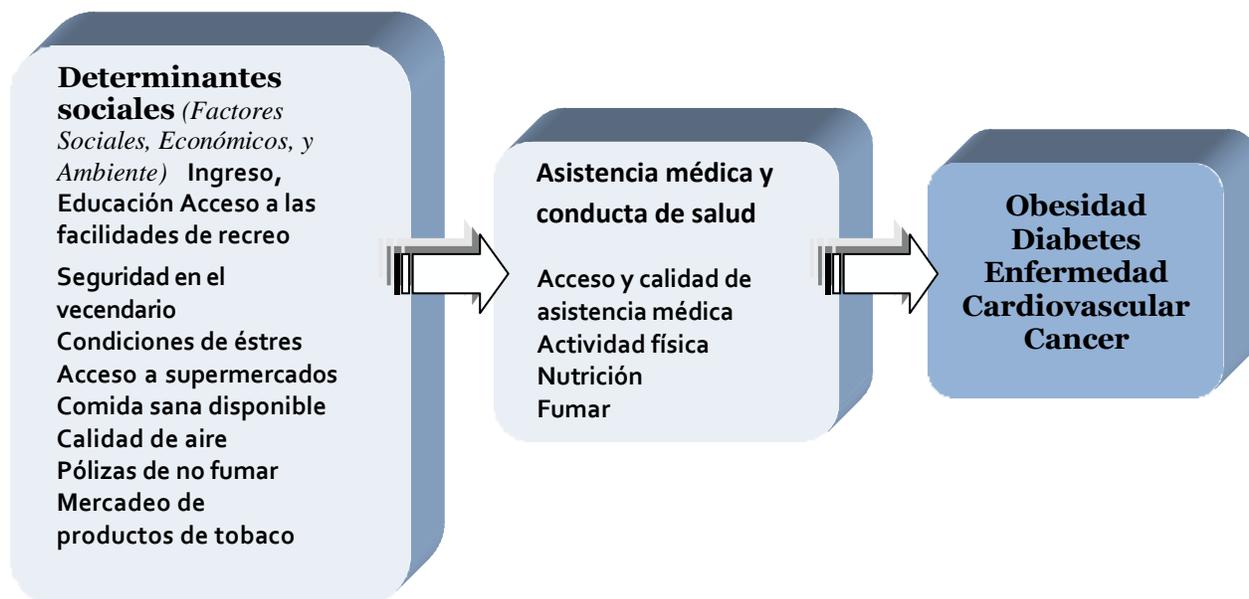


Figura 2.3. Determinantes sociales al camino de enfermedades crónicas



II. Determinantes Sociales de Salud

¿Cómo influyen los determinantes sociales a las desigualdades de salud?

Las personas quienes tienen una desventaja social y económica son más probables estar mal de salud. Aún las minorías raciales/étnicas y personas de ingresos bajos es más probable que van a tener la experiencia de desventaja social, salud equidad es una preocupación para todos los residentes porque los ambientes sociales y de vecindarios pueden determinar el estado de salud a pesar de los recursos personales. Por ejemplo, personas quienes viven en vecindarios pobres tienen mayor riesgo de estar mal de salud por todos los niveles de ingreso. También, la salud general de la población sufre cuando hay huecos grandes entre la gente rica y pobre. En síntesis, las desigualdades de salud se resultan de condiciones sociales, económicas, y ambientales injustas que ponen los individuos y las comunidades a riesgo.

Las siguientes declaraciones proveen ejemplos de las relaciones entre las condiciones sociales y los resultados de salud.

- Diferencias socioeconómicas impactan salud a todos los niveles de ingresos, no solo entre la rica y la pobre.¹²
- Personas de bajo y mediano ingreso se inclinan tener riesgos más altos a pesar de conducta individual de salud.¹³
- Desempleo ha sido asociado con malos resultados de salud mental y física.¹⁴
- Discriminación racial es asociada con mal de salud mental y física,¹⁵ incluyen bajo peso de nacimiento¹⁶ y riesgos de cáncer¹⁷ en minorías étnicas.
- Segregación racial de residencia ha sido enlazado a enfermedad cardiovascular¹⁸ y mortalidad infantil.¹⁹
- Injusticia ambiental (cual ocurre desproporcionadamente en las comunidades de color) produce desigualdades de salud.²⁰
- Pobreza infantil puede tener consecuencias negativas de salud y sociales para adultos.²¹

Esta información revela que las desigualdades de salud son un producto de más que educación de salud o asistencia médica. También, ayuda explicar porque a pesar de billones de dólares gastados en programas de prevenir y servicios de asistencia médica no hemos reducido las disparidades de salud por las poblaciones desventajadas raciales, étnicas y sociales.

Para obtener el raíz de las causas de desigualdades de salud, tenemos que confrontar los factores sociales, económicos y de ambiente que contribuyen a los problemas de desigualdades con los resultados de salud y asistencia médica. No se puede ocurrir mejoramiento sostenible en la salud de las poblaciones raciales y étnicas de las minorías de Michigan sin tratar las desigualdades estructurales en educación, empleo, viviendas y vecindarios.

Aunque el prospecto de mejorar los determinantes sociales de salud puede ser de enormes proporciones para los profesionales de salud y salud pública, no se necesita tener una revolución para hacer progreso significativo para reducir las desigualdades. Mejorar las condiciones de vivienda y trabajo es un enfoque común de las pólizas y iniciativas de equidad en la salud. Explicamos varios enfoques recomendados en Sección 5 de este *Mapa de ruta* y en nuestra lista de recomendaciones y estrategias seleccionadas en Sección 4.

Referencias

- ¹ Yen IH, Syme SL. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annu Rev Public Health*. 1999;20:287-308.
- ² Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-1669.
- ³ Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address social determinants of health can improve health and reduce health disparities. *J Public Health Management Practice*. 2008;November(Suppl):S8-S17.
- ⁴ U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
- ⁵ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Display/AssetDisplay.aspx?id=161>
- ⁶ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO; 2009.
- ⁷ NACCHO, Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO; 2006.
- ⁸ United States Public Law 106-525. Minority Health and Health Disparities Research and Education Act. Title 1. §101[485(e)];2000:2498.
- ⁹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1990;22:429-445.
- ¹⁰ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiology and Community Health*. 2003;57:254-258.
- ¹¹ Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap In a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008.
- ¹² Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, et al. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA*. 1993;269:3140-3145.
- ¹³ Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*. 1998;279:1703-1708.
- ¹⁴ Dooley D, et al. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449-465.
- ¹⁵ Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32:20-47.
- ¹⁶ Collins JW, David RJ, Handler A, Wall S, Andes S. (2004). Very low birthweight in African American infants: the role of exposure to interpersonal racial discrimination. *Am J Public Health*. 2004;94:2132-2138.
- ¹⁷ Shariff-Marco S, Klassen AC, Bowie JV. Racial/ethnic differences in self-reported racism and its association with cancer-related health behaviors. *Am J Public Health*. 2010;100:364-374.
- ¹⁸ Cooper RS. Social inequality, ethnicity, and cardiovascular disease. *Int J Epidemiol*. 2001;30:S48-S52.

II. Determinantes Sociales de Salud

¹⁹ Grady SC. Racial disparities in low birthweight and the contribution of residential segregation: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*. 2006; 63:3013-3029.

²⁰ Center for Policy Alternatives. *Toxic Waste and Race Revisited*, Washington, DC;1995.

²¹ Jencks C, Mayer SE. The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In Lynn LE Jr., McGreary MGH eds. *Inner-city poverty in the United States*. Washington, DC: National Academy Press. 1990;111-186.

Asuntos públicos y comentarios sobre equidad en la salud

Entrevistas de informantes claves

Durante el verano y otoño de 2009, la Sección de reducir las disparidades de salud y salud de minoría (HDRMH) se reunió con 25 informantes claves para pedir sus opiniones sobre los determinantes sociales de salud y las soluciones de obtener salud equidad. Los informantes incluyeron los empleados de Michigan Departamento de Salud Comunitaria (MDCH), personal anterior legislativo, académicos, personas quienes trabajan en organizaciones sin lucro y basadas en la comunidad, miembros de la comunidad de fé, miembros de grupo defensor, y varios líderes de la comunidad. En esta sección, resumimos las temas claves de estas entrevistas.

La importancia y el desafío de determinantes sociales

En algunas de las entrevistas, los informantes claves sugieron que las disparidades de salud son más como un producto de pobreza y clase que de raza y étnicidad. “Fíjense en los números,” dijo un informante clave. “Lo que usted mire son los areas de pobreza.” Al figurar las tasas de embarazo adolescente, mortalidad infantil, enfermedad cardiovascular, derrame cerebral y cancer en Michigan, no hay sorpresa que esas comunidades cuales tienen la experiencia de las tasas más elevadas de estas condiciones también tienen concentraciones elevadas en pobreza y desempleo, y también tienen una tendencia tener concentración elevada de personas de color.

Con las índices de desempleo subiendo en Michigan, proveedores de servicios dicen que están preparando por una afluencia de personas nuevas a los papeles de servicio-personas de ingresos medios quienes ya no tienen empleo o beneficios para proveer a sus familias. Algunos proveedores quejaron que la economía de Michigan la ha hecho más complicado proveer de servicios, sin hablar de los otros problemas que son parte de los determinantes sociales.

Hacer más con menos

Ingresos reducidos han resultado en recortes significados de presupuesto en el estado de Michigan en 2010. MDCH ha tenido que sufrir bajo de millones de dolares recortados en el presupuesto, resultando en la emiminación o reducción de programas relacionados a salud y los servicios. Anticipan recortes a varios programas importantes para mantener servicios sociales comprensivos y de salud, especialmente por los quienes viven en pobreza. Los programas afectados incluyen habilidades paternales de adolescentes, planificación familiar, estampillas, repago de Medicaid y servicios dentales, fondos de departamento de salud pública, salud de migrante, salud prenatal, abuso de drogas,

No hay sorpresa que las comunidades que tengan las tasas más altas de condiciones adversas de salud también tienen concentraciones elevadas de pobreza y desempleo, y tienen una tendencia tener elevada concentración de personas de color.

III. Asuntos públicos y comentarios sobre equidad en la salud

prevenir asma, y centros sanitarios basados en la escuela.

Estos recortes no solo impactan el trabajo al nivel estatal, pero los sienten a nivel local con las pérdidas a los departamentos locales a salud pública que administran muchos de los programas de servicios directos y alcance de esfuerzos. “Tenemos que tratar de hacer por más personas con menos recursos,” dijo un empleado quien trabaja en el programa estatal de prevenir enfermedades crónicas. Su opinión fue reflejado en entrevistas con proveedores de servicios y los líderes de organizaciones basadas en la comunidad por el estado, tal como las conversaciones comunitarias y en los grupos de discurso moderado al 2009 Cumbre de disparidades de salud.

Mientras los recortes reflejan un clima económico difícil, había un acuerdo universal entre los informantes claves y los contactos comunitarios que los recortes resultarán en un aumento mas grande en disparidades de salud y poner más tension en las salas de emergencia cuales son los proveedores de cuidado de ultimo resorte. Muchos de nuestros informantes estaban de acuerdo que sin las asociaciones y colaboraciones creativas dirigidas a estos problemas, las desequidades de disparidades solo van a aumentar.

Un informante discutió la necesidad de explicar al público general el impacto de recortar programas y servicios. “Vamos a hablar de la influenza [H1N1],” ella dijo. “La gente bien asegurada puede ver los recortes a atención primaria como algo de no preocuparse. Pero en el caso de la influenza, donde personas les falta el dinero para recibir el tratamiento o la vacuna, la enfermedad desplegará al resto de mundo.” Muchos informantes estaban de acuerdo que hay una necesidad de educar el público general y la legislatura sobre las formas de recortar servicios y programas que no solo impactarán las poblaciones más vulnerales pero también resultarán en una adicional incidencia fiscal para todos los que pagan sus impuestos por medio de subir los costos de cuidado médico.

Elefantes en el cuarto

Con cada problema social siempre hay “elefantes en el cuarto” que miembros de grupos de trabajo, cuerpos especiales y colaboradores evitan discutir. A menudo, los problemas muy cargados como raza, clase, y equidad son difíciles de discutir directamente. En nuestros discursos con los informantes claves (y en las conversaciones en la comunidad), discutimos específicamente los ideas que sienten son como los “elefantes” que impiden o paran el progreso hacia el logro de traer equidad en la salud. Algunos de los problemas mencionados fueron los siguientes:

- Desconfianza en los socios y asociaciones y las preocupaciones de poder compartido
- Falta de personal de diversidad, cuerpos especiales, y proveedores médicos
- Pensamientos como “silo” y “mundo ideal” a nivel de la agencia estatal y al nivel universitario que previenen el personal de entrar las comunidades y formar asociaciones verdaderas
- Echar la culpa a las minorías raciales/étnicas por los malos resultados de salud
- Los papeles de prejuicios sociales y raciales cuando está tomando decisiones a cómo, y a quién, nosotros servimos.
- Agendas y financiamiento
 - Agencias estatales o universidades que se presentan una comunidad con un proyecto que la institución quiere conducir sin consideración de lo que necesite ni quiera.
 - Financiamiento para proyectos especiales contra lo que las comunidades necesitan; y

III. Problemas Públicos y Comentarios Sobre Equidad en la Salud

- Grupos que no solo se aunan esfuerzos cuando no hay financiamiento (cuando ya no hay financiamiento, ya no hay grupos, así no hay continuidad ni promesa a las comunidades de color).
- Falta de voluntad fuera de los socios usuales, colaboradores, y las voces que se escuchan
- Asumir que la gente encargada con la reducción de disparidades en la salud actualmente “conocen” las comunidades; estas asunciones ayudan producir iniciativas que no sean efectivas.
- Burocracia que se impone en el lugar de medidas verdaderas, o falta de interés en estirar el límite y tratando de hacerlos por nuevos medios.
- Trabajando con gobiernos que son lentos de tomar acción (y esto los hacen malos socios)

Estos comentarios sugieren que se necesitan franqueza y valor para mencionar temas difíciles de raza, clase y equidad si vamos a mejorar las condiciones sociales y de salud que impactan en forma negativa a las comunidades de minorías.

Conversaciones comunitarias

Durante agosto y septiembre de 2009, el HDRMH participó en 21 Conversaciones con la comunidad, presentadas en nueve condados en Michigan y la ciudad de Detroit. El propósito de estas conversaciones fue de proveer una oportunidad a la comunidad general y informar el desarrollo de recomendaciones. Así se mejore el estado de salud y eliminar las desigualdades entre las poblaciones étnicas/raciales de Michigan. Les preguntaron a los residentes y representantes de la comunidad compartir sus vistas y recomendaciones hacia: (a) la más significativa preocupación de salud de su comunidad; (b) las condiciones positivas y negativas que impactan la salud de su comunidad; (c) grupos existiendo que funcionan para mejorar la salud de su comunidad; (d) modos de entablar grupos adicionales; (e) actores de comunidad y los recursos necesarios; y (f) cambios de política y práctica que tendrán el más efectivo mejoramiento para la salud de su comunidad. Las conversaciones también quieren decir asociaciones tradicionales y que no son tradicionales que funcionarán para lograr equidad en la salud para todos los residentes de Michigan.

El siguiente resumen provee un breve entendimiento hacia las preocupaciones que los grupos raciales y étnicos de la minoría poblacional explicaron. Una lista completa de las respuestas documentadas que se incluye las preocupaciones adicionales, los recursos específicos de la comunidad, y recomendaciones para un cambio en cada conversación son disponibles en un reporte distinto.

Afroamericanos

La comunidad afroamericana era el grupo con la más grande representación durante las conversaciones comunitarias. Las preocupaciones identificadas incluyeron violencia, acceso y disponibilidad de comida fresca y sana, el costo de asistencia médica, racismo/ discriminación, deterioro de vecindario, salud ambiental, comportamiento personal, incapacidad de negociar servicios de salud o abogar por asistencia médica personal y la resistencia de la comunidad a cambio. Una preocupación mayor fue la falta de confianza entre algunos de los profesionales de asistencia médica. Los participantes relacionan desconfianza de los profesionales médicos como factor contribuyente en la desproporcionada prevalencia de enfermedades como enfermedad cardiovascular y diabetes con afroamericanos. A pesar de la desconfianza expresada hacia el cuidado médico y los proveedores médicos, parecía tener apoyo significativo para asistencia médica universal con afroamericanos quienes participaron en las conversaciones comunitarias.

III. Problemas Públicos y Comentarios Sobre Equidad en la Salud

Hispano/Latino

La segunda población más grande representada era la comunidad hispana/latina. Los participantes hispanos/latinos enfatizaron que fueron un grupo diverso incluso de mexicanos, puertorriqueños, salvadoreños, etc. Una preocupación importante existía sobre la barrera idiomática y de cultura para los hispanos/latinos. Unas de las muchas razones citadas para las barreras lingüísticas y de cultura fueron la falta de sensibilidad de cultura en los centros de asistencia médica y proveedores, falta de servicios de traducción, falta de entender la información dada, miedo de pedir clarificación de información. Los participantes hispanos/latinos expresaron una preocupación intensa relacionada al estado legal documentado y la dificultad que se presenta acceder a asistencia médica. También los grupos expresaron intereses sobre comunidades segregadas y calidad de viviendas, nutrición de salud mental y obesidad, ansiedad a causa de temor de deportación, y pobreza generacional.

Asiáticoamericano/isleños de pacífico

Las conversaciones en la comunidad asiáticoamericana incluyeron participantes de las comunidades China, Mong, Corea y de la Vietnam. Los participantes de la comunidad asiáticoamericana comentaron que mucho del tiempo están documentados como son “blancos”, y el resultado de esto es que hay poca información o nada de datos y información de la salud de esta gente. Los participantes asiáticoamericanos se describen como una población vulnerable por sus experiencias de barreras lingüísticas y de cultura. Los participantes enfatizaron la importancia de tener relaciones personales y de confianza, y sus respuestas sugieren que piden ayuda que se considera tabú o de vergüenza para algunos de los asiáticoamericanos. Las respuestas de los participantes asiáticoamericanos hacia la falta de participación en el sistema de asistencia médica—incluso cuando acceso y costo no son asuntos— pueden sugerir que salud y asistencia médica no se ven interdependientes.

Indioamericano/ Americano nativo

Los participantes en la conversación de la comunidad indioamericana enfocaron en la falta de aprobación de sus creencias espirituales, prácticas, y cultura por otros grupos. También expresaron sus preocupaciones hacia economía, educación, y racismo, están basados en hechos reales relacionados a su población influida por racismo. Contratos y tratados rotos, falta de confianza de inmunizaciones, y mala calidad de alojamiento fueron factores contribuyentes a la falta de confianza expresada en la comunidad indioamericana.

Arabeamericano/Caldea

Cultura, estigma, fumar, y barreras lingüísticas son asuntos muy importantes en la población arabeamericano/caldea. Aun la mayor preocupación expresada por los arabeamericanos durante la conversación comunitaria fue el mal tratamiento de los inmigrantes indocumentados y sus dependientes. Otros asuntos citados fueron falta de servicios de salud mental, tratamiento de abuso de drogas, y caso de reposo culturalmente apropiados (arabe-muslim). Mencionaron que existe un aumento fijo en los años recientes de abuso de drogas por los adolescentes. Los participantes sintieron que la conversación comunitaria sirvió como un foro de presentar sus preocupaciones al estado de Michigan.

III. Problemas Públicos y Comentarios Sobre Equidad en la Salud

Temas Comunes

Habían algunas tendencias que sacaron de todas las conversaciones comunitarias. Todos los grupos reconocieron una necesidad clara por el siguiente:

- Acceso, calidad y, costo de asistencia médica
- Defensores de salud comunitaria
- Prácticas mejoradas de colección de datos
- Recursos incluyendo programas, servicios, y navegación
- Educación sobre servicios culturales y lingüísticamente apropiados
- Devolución después de votación de comunidades
- Estar incluso en el proceso de planear los programas, servicios y la colección de datos

2009 Cumbre de disparidades en la salud

En septiembre de 2009, el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías presentaron un Cumbre de las Disparidades en la Salud en Lansing. Uno de los objetivos fue tener un diálogo abierto con los interesados alrededor del estado sobre lo que debe pasar para confrontar las disparidades en la salud y los determinantes sociales que impactan salud en Michigan. Como una parte de ese esfuerzo, los que asistieron el cumbre participaron en varias conversaciones particulares y discutieron los asuntos importantes relacionados a eliminar las disparidades en la salud en relación con datos, respuesta del gobierno, y respuesta comunitaria local y de comercio. Los siguientes son unos de los puntos claves que salieron de las conversaciones particulares y ayudaron informar las recomendaciones finales para el *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan*.

Datos

La colección y cobertura de datos fueron mencionadas de alta prioridad, y la colección de determinantes sociales de datos y los datos de salud general son cruciales para observar el progreso de eliminar las disparidades raciales y étnicas y obtener equidad en salud. Los participantes añadieron que es importante educar los usuarios de datos y los interesados porque los datos raciales y étnicas son importantes, los tipos de datos que se necesiten juntar, y como se pueden usar los datos en el desarrollo de programas y evaluación. Los participantes de cumbre dijeron que haya una necesidad de comunicar mejor y compartir los datos a todos los niveles, incluyendo gobierno, organizaciones y la comunidad.

También discutieron la importancia de tener datos fáciles de usar para la comunidad, así que se pueden usar efectivamente la capacidad local de construir y promover salud. Uso de datos en esta manera ayudaría construir confianza comunitaria y colección de datos de apoyo en las comunidades. El grupo pidió tener normas consistentes en la recopilación de datos. Hubo discurso sobre como la información racial y étnica tienen validez y reportado y la necesidad tener un repositorio centralizado de datos. Además, hubo un acuerdo de obtener más datos sobre mortalidad infantil.

III. Problemas Públicos y Comentarios Sobre Equidad en la Salud

Respuesta de Gobierno Local

Este discurso presentó varios asuntos importantes que los gobiernos locales deben dirigir para eliminar las disparidades raciales y étnicas en la salud y lograr tener equidad en la salud. Muchos participantes en el discurso sintieron que fue importante reconocer que raza y etnicidad funcionan. Era necesario de no esconder nada sobre el papel que raza tiene y demostrar lo que están haciendo para eliminar las barreras raciales. También dijeron que necesitaban entender que hay lazos reales entre el presente clima política y las implicaciones sociales de disparidades raciales y étnicas en la salud.

Fue sugerido que hay una necesidad tener recursos dedicados y una estructura creíble para empezar dirigir estos asuntos. Pidieron el tiempo, dinero y recursos para dirigirlos donde se necesitan. El grupo también repitió los comentarios de grupo de datos al sugerir que los datos deben dirigir las decisiones. Hay algún movimiento alrededor de disparidades de salud y equidad en salud en partes del estado, pero necesita mucho más. Congelación de empleo y fondos adiones son obstáculos de más actividad en algunos lugares.

También el grupo sugirió que le falta un nivel de conocimiento, entendimiento y compromiso real del público. El grupo pidió que muchas organizaciones deben participar en la toma incluyendo comercio, organizaciones basadas en fe, grupos de calidad ambiental, escuelas, y a todos niveles de gobierno. También pidieron asociaciones no tradicionales que quieren unirse por cambio.

Respuesta Comunitaria

Hubo dos grupos particulares que contestaron al nivel de respuesta comunitaria. Hay un deseo ver la implementación del Acto Público 653 (Salud de la Minoría Proyecto de ley) – tomar el paso después de promover su existencia. Los grupos comunitarios quisieron ver más asociaciones entre el gobierno de estado y los negocios para implementar las desigualdades raciales y étnicas en la salud. Los grupos también pidieron más colaboración y más contabilidad y revisión.

Los datos fueron un asunto. Un grupo quería ver más datos sobre los arabeamericanos y los hispanos/latinos. También hubo un discurso como contaron los hispanos/latinos en los datos, es decir si están listados de blancos o afroamericanos. El otro grupo discutía la importancia de alcanzar los niños de edad escolar con servicios que incluyen dental, pediátrico y servicios de salud mental.

Asuntos significativos identificados a nivel comunitario eran acceso a asistencia médica de calidad, factores de ambiente y sus efectos acumulativos, y el hecho que las madres se ponen si mismas al último cuando se trata de asistencia médica. También vieron asma, cáncer y salud cardiovascular como preocupaciones de salud significantes. Además, ellos dijeron que las pólizas de inmigración como obstáculos mayores para tener derecho a asistencia médica.

Los grupos de respuesta en la comunidad pidieron un mapa de activos, o una manera de identificar los recursos disponibles por el estado que el gobierno, las organizaciones y los individuos pueden usar. Los grupos discutieron la importancia de dejar la mentalidad de “nosotros o ellos” y mover hacia hacerse defensores de la salud para todos en Michigan. Los grupos pidieron más asociaciones, más diálogos abiertos, y más trabajo con los proveedores de los planes de salud.

III. Problemas Públicos y Comentarios Sobre Equidad en la Salud

Finalmente, los grupos discutieron como los estereotipos impactan la manera en que nosotros actuamos y interactuamos. También ellos presentaron el caso que necesitamos un nivel más personal de educación y información porque creen que la gente elegirán diferente si tenían mejores conocimientos. Les pidieron de los hospitales y los proveedores de asistencia médica que sean más proactiva en la inmersión cultural de educación y poner el cuidado de cliente una prioridad. También pidieron de las organizaciones culturales trabajar con los proveedores para hacerlas más abiertas a las diferencias culturales, y empezar un diálogo con las facilidades medicales.

Ambos grupos piden más equidad hacia los recursos y servicios. También les gustaría ver un mejor mecanismo para compartir información sobre financiación tal como becas al vecindario. Ambos grupos se proponen más equidad en términos de recursos y servicios. También les gustaría ver un mejor mecanismo para compartir la información sobre financiamiento tal como subvención en bloque.

RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS CLAVES

Las siguientes páginas delinear la lista completa de las recomendaciones útiles y estrategias para el *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan*. Estas recomendaciones fueron informadas por el grupo comunitario a los informantes claves, el MDCH Disparidades en la salud Grupo de trabajo, participantes en 21 *Conversaciones Comunitarias* por el estado, y los que atienden el Septiembre 2009 *Cumbre sobre Disparidades en la Salud*. Mientras la mayoría de las estrategias enfocan al nivel de gobierno estatal o local, algunas tienen por objeto como pasos de acción para ayudar las comunidades locales, organizaciones de asistencia médica, proveedores de asistencia médica, y organizaciones basadas en la comunidad y la fe.

La Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMH) hizo un repaso extensivo de investigación de la salud pública y las normas y prácticas en el estado, nacional y local para obtener equidad en la salud, y adoptamos prácticas basadas en evidencia y de lucro para *Mapa de ruta*. La lista de referencia al último de esta sección cita las fuentes para las recomendaciones.

Además, este *Mapa de ruta* incluye una sección de “Las Mejores Prácticas” (Sección 5) que describe el base de la evidencia de equidad en la salud en más detalle. Finalmente, Sección 6 provee los datos de equidad en la salud y detalla estrategias para mejorar la observación y evaluación de la equidad en salud en Michigan.

Recomendaciones mayores:

*Mejorar los datos de raza y
etnicidad*

*Fortalecer la capacidad de
gobierno y comunidad para
mejorar las desigualdades
raciales/étnicas en la salud*

*Mejorar los
determinantes sociales
de salud*

*Asegurar acceso
equitativo a asistencia
médica de calidad*

*Fortalecer la capacidad en
la comunidad,
participación, y
otorgamiento de poderes*

IV. Recomendaciones y Estrategias

Recomendación 1: Mejorar la colección de datos de Raza/Etnicidad/Sistemas de Datos/Datos

Tener acceso

Estrategias

Recopilación de Datos

- 1-1.** Trabajar para asegurar que los datos de raza, etnicidad y lengua preferida se recopilan para todos los participantes en los programas de servicios sociales y de salud.¹
- 1-2.** Crear y implementar herramienta de encuesta confiable para recopilar los datos de las más pequeñas poblaciones raciales/étnicas que no están representadas en los sistemas de recopilación de datos nacionales y estatales.²

Sistemas de Datos

- 1-3.** Identificar y establecer un juego de datos de la equidad en la salud que está mantenido dentro de La Sección Reducción de las Disparidades en la Salud y la Salud de las Minorías (HDRMH). El juego de datos incluirá indicadores de las condiciones sociales y económicas; las condiciones ambientales; estatus de salud, comportamiento, y asistencia médica; y los resultados de prioridad en la salud para vigilar la equidad en la salud por las poblaciones raciales y étnicas de las minorías en Michigan.³

Tener acceso a los datos

- 1-4.** Establecer una página web HDRMH que reportará los datos indicadores de salud, datos de la equidad en la salud, y otra información de salud relacionada a las cinco poblaciones raciales/étnicas servidas por la sección.⁴

IV. Recomendaciones y Estrategias

Recomendación 2: Fortalecer la capacidad de gobierno y las comunidades desarrollar y sostener asociaciones efectivas y programas de mejorar las desigualdades raciales y étnicas en la salud.

Estrategias

Infraestructura

- 2-1.** Establecer una Oficina de la Equidad en la Salud por todo el estado, o una entidad semejante, que se encuentra dentro de la oficina ejecutiva.⁵

Capacidad

- 2-2.** HDRMH repasará y revisará sus prioridades de financiación con un esfuerzo de fortalecer la capacidad de las agencias estatales y locales para implementar los programas basados en evidencia para mejorar equidad en la salud por las comunidades de minorías raciales y étnicas.⁶

Colaboración

- 2-3.** Cultivar y movilizar asociaciones con agencias de gobierno, sin fines de lucro, CBOs, negocios, y asistencia médica para tratar las raíces de causas de desigualdades en la salud en las comunidades de minorías raciales y étnicas.⁷

IV. Recomendaciones y Estrategias

Recomendación 3: Mejorar los determinantes sociales de las desigualdades raciales/étnicas en la salud por las intervenciones de educación pública y evidencia basada en la comunidad.

Estrategias

Educación

- 3-1.** Desarrollar materiales para educar profesionales de salud pública, intereses hacia los políticos, trabajadores de salud en la comunidad, proveedores de asistencia médica sobre los determinantes sociales de salud, la equidad racial y étnica en la salud.
- 3-2.** Desarrollar y implementar una justicia social, anti-racismo y competencia cultural currículo enfocado para la implementación con empleados de MDCH.

Intervención Comunitaria

- 3-3.** Crear asociaciones públicas-privadas para abrir y sostener tiendas de abarotes de servicio completo y las jardines comunitarias dentro de las comunidades que no tengan acceso a comestibles sanos.⁸
- 3-4.** Apoyar las mejoras en los vecindarios para promover acceso recreo y actividad física (e.g., parques seguros, paseos y áreas de montar bicicleta, transporte público).⁹
- 3-5.** Apoyar los programas de desarrollo en infancia primaria por las edades de 3-5.¹⁰
- 3-6.** Apoyar los programas de asistencia de renta a base de inquilino (comprobante de renta).¹¹
- 3-7.** Apoyar intervenciones para reducir contaminación y crímenes violentos en los vecindarios.¹²
- 3-8.** Socio con educación superior y organizaciones de desarrollo de fuerza laboral para identificar y duplicar los programas exitosos de entrenamiento de trabajo y ubicación.¹³

IV. Recomendaciones y Estrategias

Recomendación 4: Asegurar acceso equitativo a asistencia médica de calidad.

Estrategias

Acceso a asistencia médica

- 4-1.** Asegurar cobertura universal de seguridad y acceso a primaria asistencia médica.¹⁴
- 4-2.** Desarrollar programas que construyen las habilidades de los miembros de la comunidad y los pacientes para que sean mejor informados y equipados para navegar por el sistema de asistencia médica con eficacia.¹⁵

Aptitud Cultural

- 4-3.** Adoptar y imponer los estándares por todo el Departamento para los servicios de aptitud cultural y lingüística (CLAS).¹⁶
- 4-4.** Proveer educación de aptitud cultural y entrenamiento, incluir educación sobre racismo y otros determinantes sociales de salud, como parte del entrenamiento de todos los profesionales de salud.¹⁷

Desarrollo de Fuerza Laboral

- 4-5.** Aumentar recursos y implementar reclutamiento, entrenamiento, estrategias de retención para aumentar el número de minorías raciales y étnicas que son de baja representación en las profesiones de salud y servicios sociales, incluyendo el personal de agencia y las posiciones de liderazgo.¹⁸

Recomendación 5: Fortalecer la capacidad en la comunidad, participación, y otorgamiento de poderes.

Estrategias

Participación

- 5-1.** Establecer un grupo consejero de la equidad en la salud a nivel-estatal que incluye los consumidores, los interesados públicos y privados, los intereses políticos, en el desarrollo de iniciativas de la equidad en la salud.¹⁹

Capacidad

- 5-2.** Aumentar el financiamiento, entrenamiento, colaboración para elevar la capacidad de servicio y otorgar de las coaliciones existentes y las organizaciones que tienen un historial comprobado de movilizar los miembros de la comunidad.²⁰
- 5-3.** Apoyar y ampliar los programas locales y las asociaciones que son innovadores y guiados por la comunidad.²¹

Otorgamiento de poderes

- 5-4.** Promover mejor énfasis a prevenir y dependencia en la comunidad, y utilice y promover los hechos y la resiliencia para efectuar mejoramiento en salud.²²
- 5-5.** Defensor por el poder político, social y económico en las comunidades de minorías raciales y étnicas para facilitar la distribución igual de recursos.

IV. Recomendaciones y Estrategias

Referencias

- ¹ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ² National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- ³ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁴ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁵ Massachusetts Office of Health Equity Web Page. Available through search at <http://www.mass.gov>
- ⁶ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁷ Krieger J, Allen C, Cheadle A. Using community-based participatory research to address social determinants of health: lessons learned from Seattle Partners for Healthy Communities. *Health Educ Behav*. 2002;29:361-382.
- ⁸ Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
- ⁹ Centers for Disease Control and Prevention. Health Protection Goals and Objectives. Healthy People in Healthy Places. <http://origin2.cdc.gov/osi/goals/places/>
- ¹⁰ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):21-24.
- ¹¹ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):21-24.
- ¹² HDRMH Community Conversations 2009.
- ¹³ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.
- ¹⁴ Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press;2003.
- ¹⁵ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.
- ¹⁶ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf
- ¹⁷ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.

IV. Recomendaciones y estrategias

¹⁸ Institute of Medicine. *In the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce*. Washington, DC: National Academies Press;2004.

¹⁹Grumbach K, Mendoza R. Disparities in human resources: addressing the lack of diversity in the health professions. *Health Affairs*. 2008;27: 413-422.

²⁰ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf

²¹ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.

²² HDRMH Community Conversations 2009.

LAS MEJORES PRACTICAS A LA EQUIDAD EN LA SALUD

Recomendación 1: Mejorar la recopilacion de datos, Sistemas, y Accesibilidad

Basada en Evidencia

Segun los expertos, los datos de observar y evaluar la equidad racial y étnica en la salud y asistencia médica debe incluir, al minimo, información de raza y etnicidad, lengua primaria, y una medida de posición socioeconómica tal como ingreso o educación.^{1,2}

Estos indicadores proveen información más detallada y util de observar, entender, y mejorar las desequidades que raza y etnicidad solas. De vez en cuando, deben administrar encuestas con destino específico a grupos y subgrupos raciales y étnicos que no están bien representados en las normas de las encuestas federales o del estado.³ Además, las leyes y regulaciones demandan la recopilación estandarizada de datos de los sistemas de asistencia médica y otras instituciones han sido mostrado el mejoramiento de la disponibilidad y integridad de los datos raciales y étnicos que pueden usar para observar las disparidades de salud y equidad.^{4,5}

Los datos de equidad en la salud incluyen un amplio conjunto de resultados de salud y los determinantes de salud. Medidas importantes incluyen los resultados de salud (p.ej., enfermedad cardiaca, cancer, mortalidad infantil); comportamiento salud (p.ej., nutrición y actividad física); y asistencia médica (p.ej., salud preventiva, cobertura de seguro).^{6,7} Además, datos de equidad en la salud incluyen indicadores de determinantes sociales, economicos y ambientales que promueve o daña salud. Por ejemplo, datos de determinantes sociales incluyen medidas de su posición socioeconómica (p.ej., pobreza, educación) tal como los indicadores de ambiente y vecindario como calidad de aire, condiciones de viviendas, recursos de recreo y nutrición, y medidas de calidad de vida tal como exposición a crimen violento.⁸

Fuentes de datos en los determinates sociales y indicadores de equidad en la salud incluyen datos de censo, sistemas de estadísticas vitales, encuesta de hogar. Los datos a nivel de los áreas pequeños como el condado, ciudad o zona postal pueden proveer información sobre más pequeñas raciales, étnicas o otras poblaciones intentadas que no estan identificadas en los bases de datos naciones y estatales.⁹ Sistemas geograficos de información son utiles en particular para presentar datos a nivel de area-comunidad. Además datos de cita con paciente y tratamiento de los sistemas de asistencia médica, desagregados por raza, etnicidad y otros identificadores demograficos, tienen datos de valor para observar desequidades en acceso y calidad de asistencia médica.¹⁰ Datos administrativos de sistemas de servicios sociales son utiles para vigilar la entrega de servicios y acceso y utilización de los recursos comunitarios. Más detallado consejo a mejorar la recopilacion de sistemas de datos de raza y etnicidad hacia la equidad en la salud es disponible por los estados y el sector privado.¹¹

En esta sección:

Un compendio de evidencia y modelar las prácticas hacia la equidad en la salud

Practiclas Ejemplares

El *Directorio de Datos Preparados de los Determinantes Sociales de Salud al Nivel Local* provee una lista comprensiva de determinantes sociales de indicadores de salud en 12 dimensiones, se incluyen economía, ambiente, politica, salud pública, y psicosocial. Las Fuentes del base de los datos para cada indicador están dadas también.¹²

El *Estado de los EEUU* se presenta 20 indicadores de salud y economía que están disponibles en línea al público. Recopilan datos al nivel de condado para expectativa de vida, prevalencia de enfermedad crónica, días de malestar mental y físico, información sobre los sistemas de salud tal como cobertura de seguro y servicios preventivos, y otros indicadores básicos de salud y asistencia médica.¹³

Clasificación de Salud en America recopila datos sobre los determinantes de salud (i.e., comportamiento personal, condiciones comunitarias/ambientales, pólizas de salud pública, cuidado clínico) y resultados de salud de múltiples fuentes federales y estatales, organizado y clasificado por estado. Medidas de un sumario pesado permiten, estado-por-estado, comparaciones para los indicadores de salud y las disparidades geográficas. El sitio de internet permite que los usuarios sacan datos corrientes y longitudinales por estado.¹⁴

La *Regulación de Datos Recopilados* de la Comisión de Salud Pública de Boston requiere todos los hospitales y centros de salud comunitaria en Boston de recopilar y reportar los datos de raza, etnicidad, lengua preferida y nivel más alto de educación a la designada autoridad de salud pública. Estos datos se usa para evaluar calidad de asistencia médica.¹⁵

Detroit Dirigido por Datos (D3) es una organización, sin lucro en Michigan, que provee liderazgo y expertos en la recopilación de datos en la comunidad, evaluación, y investigación para informar cambios positivos en Detroit y el área metropolitana. El trabajo de D3 apoya organizaciones involucradas en servicios humanos, educación, salud, empleo, y pólizas y programas de desarrollo en la comunidad.

Recomendación 2: Afirmar la capacidad de gobierno y comunidad mejorar las asociaciones de las desigualdades raciales y étnicas de salud.

Base de Evidencia

Programas de equidad en la salud van a ser más efectivos con implementación de enfoques de sistemas y alto nivel de contabilidad a los objetivos de equidad en la salud. Estrategias a nivel de sistemas pueden involucrar planificación estratégica que integra los objetivos de equidad en la salud y contabilidad entre el personal institucional y los programas.¹⁶ Para desarrollar capacidad, los recursos pueden ser aplancados por varias fuentes de financiamiento para fortalecer la infraestructura y los programas y cultivar asociaciones mutuas y beneficiosas para tratar las desigualdades de salud.¹⁷

Alcanzado los objetivos de equidad en la salud, exige asociaciones y colaboraciones extensivas por varios sectores incluyendo gobierno (ambas agencias de salud pública y no salud pública), otros interesados públicos y privados, y consumidores. Además, un alto nivel de contabilidad y política ayudará facilitar el logro de los objetivos de equidad en la salud.

El papel de gobierno al asegurar equidad en la salud es de facilitar estructura que provee el base para mejoramiento de salud equitativa; proveer o garantizar servicios esenciales y protección de los derechos humanos; y recopilar y observar los datos de los resultados de salud y determinantes de salud sistemáticamente.¹⁸

V. Las Mejores Practicas a la Equidad en la Salud

Las agencias de salud pública tiene un papel muy importante en el logro de equidad en la salud para las comunidades. Las autoridades de salud pública pueden recoger datos relevantes, elevar conocimiento, abogar por las pólizas que promueven equidad en la salud, y coordina los fondos y programas para igualar los recursos de equidad en la salud.¹⁹ Las agencias de salud pública pueden realinear los servicios esenciales de salud pública a incluir un enfoque a las causas raíces de las desigualdades en la salud.²⁰

Organizaciones comunitarias y los residentes pueden trabajar juntos para mobiizar y otorgar el poder a las comunidades sobre equidad en la salud y justicia social, proveer defensores o consulta experta, entrenamiento, y apoyo técnico para las iniciativas de equidad en la salud, y diseño y implementar los programas basados en la comunidad a base de las experiencias compartidas y las mejores practicas.²¹

También los negocios tienen un interés invertido a la equidad en la salud de sus empleados. Investigación muestra que las desigualdades de salud y asistencia medica existen aunque los trabajadores reciben el mismo beneficio.²² Los empleadores quienes son concientes de las desigualdades en la salud y apoyo de asistencia médica de alta calidad demuestran su promesa de mejorar salud, productividad, y calidad de vida para sus empleados y familias.²³

Practicas Ejemplares

Programas Nacionales

Asociación de Oficinos de Estado y Territorio en la Salud (ASTHO) Declaración de Póliza de la Equidad en Salud. Esta declaración reconoce la importancia de dirigir los determinantes sociales que esta debajo de las desigualdades de salud. Actividades recomendadas incluyen defender las pólizas y programas que promueven equidad en la salud y vigilar y evaluar los programas para desarrollar un base de evidencia. Agencias estatales se afirman servir como un recurso clave a la equidad en la salud, levantar el conocimiento público, juntar datos relevantes, involucrar comunidades desarrollar las estrategias de equidad en la salud, y financiar y evaluar programas innovadores que promueven equidad en la salud.²⁴

Asociación Nacional de Oficinos de Salud en el Condado y la Ciudad (NACCHO) Guia de Obtener Equidad en la Salud en el Sector Público. Este documento delinea los enfoques de equidad en la salud que corresponde a los servicios esenciales de salud pública. Por ejemplo, guias para vigilar el estado de salud y proteger personas de peligro sanitario enfoque en las condiciones sociales y de vivienda que llevan a desigualdades de salud, especialmente entre grupos de poblaciones que tienen carga excesiva y inadecuados recursos sociales y economicos. Las guias tambien enfatizan hablando con las comunidades para identificar y eliminar desigualdades de salud y evaluación, educación, y entrenamiento para asegurar una competente fuerza laboral en salud pública para tratar las desigualdades de salud. Otros componentes mostrados que promueven equidad en la salud incluyen las declaraciones de impacto de salud y pólizas para mejorar las condiciones socioeconomicas, vecindarios y ambientales. ²⁵

Enfrentando Desigualdades en la Salud por el Sector Public: Un Manual de Acción. Este recurso se realize por NACCHO y el Departamento de Salud en el Condado Ingham provee varios estudios de casos de la salud pública local trata de transformar el ejercicio de salud pública hacia tratando justicia social y las desigualdades de salud tal como desventaja economica y discriminacion de raza y genero. Ejemplos de enfoques a los sistemas para construir capacidad institucional y de la comunidad y para tratar las equidades de salud tambien están mostradas. ²⁶

V. Las Mejores Practicas a la Equidad en la Salud

Departamento de Salud Pública Condado Alameda. The Departamento de Salud Publica Condado Alameda (San Francisco, California) recibe credito por su fortaleza en planeficacion estrategica que propone transformar la cultura de su organización y alinear el trabajo diario para obtener equidad en la salud. Su plan estrategico de equidad de salud tambien incluye objetivos de defender las pólizas que dirigen las condiciones sociales que impactan la salud; y cultivar y ampliar las asociaciones que stand conducidos por la comunidad y innovador.²⁷ Su programa esta apoyado por legislacion que manda el departamento de salud ofrecer servicios que tartan a los determinantes sociales de salud. La lengua reglamentaria por los servicios de departamento de salud incluyen los siguientes: “El departamento de salud va a ofrecer...servicios dirigidos a los factores sociales afectan salud, y cual puede incluir planificación de la comunidad, consejos, consulta, educación y estudios especiales.”²⁸

Comisión de Salud Pública Boston, Centro de Equidad en la Salud y Justicia Social. La Commision de Salud Pública (BPHC) se reconoce nacionalmente por sus esfuerzos dirigidos hacia racismo institucional y otros tipos de opresión que perpetua las desequidades en la salud. La Comisión apoya un marco de anti-racismo por su organización y re-enfoca sus actividades externas para centrar a las disparidades raciales/étnicas de salud y racismo. Otros determinantes sociales de salud tratados por el BPHC son oportunidades economicas, educación, vivienda, segregación residencial, vecindaros seguros, y acceso a comida además asistencia médica y calidad. BPHC ha establecido una asociación de Nueva Inglaterra para Equidad en la Salud que funciona para crear cambios institucionales y de comunidad en pólizas, programas, y practicas que ayudan sostener trabajo en equidad en la salud. La Asociación para Equidad en la Salud tambien provee asistencia técnica, entrenamiento y recursos para las iniciativas de equidad en la salud, y ayuda crear una colaboracion de conocimiento de las asociaciones locales y regionales trabajando en este trabajo de equidad en la salud. Otro éxito notable de BPHC es su trabajo de requerir la recopilación de las normas de los datos raciales/étnicos dentro de las organizaciones de asistencia medica. La Comisión estableció una regla de la recopilación de datos que requisieron de todos los hospitales y centros de salud comunitaria en Boston de recopilar la información demografica sobre raza, etnicidad, lengua preferida, y educación para todos los pacientes. Esta informacion ayudará identificar y reducir disparidades en las clínicas y los otros.²⁹

Oficina de Equidad en la Salud en Massachusetts. Esta oficina está dentro de la Oficina Ejecutiva de Recursos Humanos de Massachusetts. Al meter la oficina con la oficina ejecutiva confirma la promesa de equidad en la salud a alto niveles de liderazgo.³⁰

Ohio Departamento de Salud. El Ohio Departamento de Salud incluye Equidad y Justicia Social como uno de los 10 principios centrales. El Departamento ha delineado su compormiso a identificar y responder a las causas raices de desequidaes en la salud; buscar y promover decisiones y pólizas dirigidas a equidad; otorogar las comunides; y presenta equidad y justicia social visible y tratar de sostener cambio permanente.³¹

Programas de Michigan

El Proyecto de ley de Michigan 4455: Plan Estrategico de Reducir las Disparidades(tambien Michigan PA 653) da autoridad legal a dirigir las desequidades de salud por el Programa de Reducir las Disparidades de Salud en el Michigan Departamento de Salud Comunitaria. El proyecto dirige el programa conducir y coordinar actividades como vigilar el progreso de salud de la minoria; proveer conocimiento a salud, recursos, asistencia técnica; establecer póliza y estrategias, recibir fondos para los programas de salud de la minoria y iniciativas; y colaborar con programas de departamento y comunidad, entre otros mandatos para mejorar la salud de la minoría.³²

V. Las Mejores Practicas a la Equidad en la Salud

El Afroamericano Iniciativa de Salud (AAMHI): ¡Hazlo! O ¡Véte! El programa habla a la morbilidad desproporcionada y la muerte premadura de los hombres afroamericanos en Michigan. Los objetivos de programa son de disminuir las barreras en el sistema a asistencia médica preventative en al minimo de uno de los sistemas de proveedores de cuidado mantenido, y subir el conocimiento entre los afroamericanos de sus riesgos de salud por medio de mercadeo social en forma cultural y por campanas de la media. A CUCO el gabinete de asesores de la comunidad fue formado y los miembros elegidos a base de su experiencia para proveer informes criticos y respuestas de valor mientras están guiando el movimiento del proyecto estrategicamente. Además, se formó un grupo oratorio para diseminar información correcta y a tiempo sobre el proyecto y las disparidades de salud por medio de presentaciones.

Colórame Sano. Este campana estatal empezó en 1994 para promover cambios por un estilo de vida saludable y ilumina algunos de los cambios positivos que han ocurridos en el estad de vida de las poblaciones de color en Michigan. La “Campana Colórame Sano” ha sido revitalizada por una campana de media, diseñado para subrayar los programas de salud pública y los servicios en Michigan que tratan de eliminar las disparidades de salud.

Condado de Genesee Alcance Racial y Etnica a Salud Comunitaria Por los EEUU (REACH US). El “REACH US” de Condad de Genesee ha prometido rebajar el hueco racial en mortalidad infantil en el Condado de Genesee por su multifacetico sistema de salud y basado en la comunidad con intervenciones que incluyen: (a)educacion de “Deshacer Racismo”; (b) movilización de organizaciones en las bases de grupos para tartar los deterinates sociales de las disparidades de salud; (c) estandardización de cuidado prenatal para valorar mejor los determinantes sociales y los factores psicosociales en la salud de infante maternal; (d) promocion de programas de salud y grupos de soportes para mujeres embarazadas, adolescentes, y adultos; (e) participación de comunidad y repaso de los casos de mortalidad infantil; (f) entrenamiento en competencia cultural para los residentes medicales y salud pública y estudiantes en trabajo social trabajando con la comunidad y (e) obra de poliza- desarrollar un sistema local y regional que está integrado a cuidado perinatal. Su trabajo viene por mediod de varias asociaciones inter-sectorales y presentaciones basadas en la comunidad.³³

Diálogos sobre justicia social del condado de Ingham. El Departamento de salud del condado de Ingham facilitó una serie de diálogos de su organización sobre las cuestiones cruciales de justicia social, incluyendo racismo institucional, el estado socio-economico y explotación de clase, y la desequidad de género.^{34(p.33-57)} Los diálogos fueron un enfoque de un objetivo del proyecto más grande de transformar las practicas internas y clarificar el rol de salud en el departamento y responder a las questiones de justicia social. Diseñaron los diálogos para obtener, juntar y sintetizar la sabidura colectiva de un grupo de personas a responder a una pregunta especifica, por medio de la más amplia participacion y obtener la mas amplia responsibilidad de las decisiones resueltas. Los empleados y socios participaron en ejercicios interactivos y presentaron las preguntas tal como: *Como una organización, ¿que tenemos que hacer para eliminar racismo institucional como una causa raiz de desequidad en la salud? Como una organización, ¿qué necesitamos hacer para eliminar SES y explotación como una causa raiz de desequidad en la salud?* Las sugerencias claves que salieron de este proceso fueron en los áreas de reforma de póliza; cobertura responsable por el media; asociaciones comunitarias sobre justicia economica; y cambios de conocimiento, contabilidad, y la composición de labor de la salud pública.

Departamento de Salud Pública del Condado de Saginaw (SCDPH). SCDPH tiene un enfoque establecido sobre las disparidades de salud mientras realizamos las condiciones ambientales que impactan la salud en la comunidad. La agencia revisó su plan estrategico para incorporar la promoción de equidad en la salud como una prioridad. A causa de las tasas de mortalidad infantil desproporcionado y persistente con la comunidad afroamericana, el SCDPH está

V. Las Mejores Practicas a la Equidad en la Salud

considerando factores que no son tradicionales tal como modelos spaciales-temporales y una colección de resultados adversos de nacimientos y mortalidad infantil para entender mejor los determinantes distales de salud maternal y intantil tal como estar expuesto a peligros físicos ambientales y la falta de acceso a servicios de salud de calidad. SCDPH también está comprometido con un proyecto para desarrollar una escala de tasa con las características de los vecindarios y residencias que se puede usar como una herramienta reflectiva que identifica los hogares y/o los vecindarios en las comunidades de EE. UU. que presentan el mayor riesgo de salud a niños. Se espera que el instrumento ayudará mover el campo fuera de los accesos limitados categoricos a mejor entendimiento de problemas multiples de salud pública asociada con viviendas bajas de las normas y factores de riesgo en el vecindario.

Recomendación 3: Mejorar los determinantes sociales de las desequidades de salud.

Base de Evidencia

Sobre todo, las condiciones sociales tienen más influencia al producir y reproducir las desequidades de salud que asistencia médica o los factores individuales de riesgo.^{35,36} Por lo tanto, es importante manejar los determinantes sociales de salud para reducir las desequidades de salud.³⁷ Una estrategia para facilitar el éxito de las iniciativas de equidad en la salud es de elevar el conocimiento de los determinantes sociales de salud entre las personas quienes toman las decisiones y las pólizas y el público general.³⁸ Más atención a las cuestiones de determinantes sociales ayuda generar apoyo y meter los recursos y las asociaciones hacia las actividades sostenidas de equidad en la salud.

El reporte del Instituto de Medicina, *El Futuro de la Salud Pública en el Siglo 21*, observó que los factores sociales y ambientales crean riesgos significativos para individuales y comunidades.³⁹ El reporte reforzó que una inversión dedicada a asistencia médica fue una estrategia limitada para promover salud comunitaria, y se mostró los determinantes sociales importantes que se dirigen tal como clase social, estrés, transportación, empleo, y al acceso a alimentos sanos.

Las fuentes confirman que la *posición socioeconómica* es un predictor muy fuerte de estado de salud.^{40,41} Ingreso aumentado es asociado con salud mejorada con individuos y la comunidad, y la reducción de ingreso desigualdad entre los ricos y pobres tiene beneficios para gente a niveles más bajos de la escala socioeconómica.^{42,43}

Un enfoque de equidad en la salud también presenta atención a los vecindarios y ambientes en donde los residentes viven, aprenden, trabajan y juegan.⁴⁴ Mejoramiento del ambiente construido es una estrategia importante para promover actividad física,⁴⁵ reducir heridas y violencia, y promover aire seguro y de alta calidad, alimentos, y la disposición de deshecho en las comunidades con riesgo excesivo.⁴⁶ Otras condiciones sociales que determinan salud son educación,⁴⁷ acceso a comida sana, viviendas,⁴⁸ condiciones de vecindario,⁴⁹ violencia, segregación,⁵⁰ y discriminación racial y étnica.⁵¹ Justicia ambiental es un componente importante de equidad en la salud. Contaminación y basura están observadas más en los vecindarios de ingresos bajos y de minorías, y ellos pueden crear riesgos de salud para las comunidades enteras.

Promover *acceso a comida sana* es un reto aún posible estrategia de intervenir a reducir las desequidades de salud.^{52,53} Acceso a comida sana está considerado como un determinante social porque está relacionado a condiciones estructurales tal como el deshecho en el vecindario desproporcionadamente limita los recursos saludables (p.ej. tiendas de abarrotes de servicio completo y frutas y legumbres frescos) en vecindarios de bajos ingresos y minorías. Las desigualdades estructurales y acceso a alimentos en los vecindarios pobres entonces tienen de

concepto como las causas raices de nutrición inadecuada, sin embargo los factores culturales y comportamiento también pueden ser parte del problema. Evidencia del efecto de intervencions especificas para promover sanos ambientes sociales vienen de repasos sistematicos delineados en la *Guia a Servicios Preventivos en la Comunidad*.⁵⁴

Basado en un criterio riguroso, la *Guia en la Comunidad* encontró evidencia de mejora estado social y de salud con programas de desarrollo en la primera infancia y programas de asistencia al inquilino.⁵⁵

Desarrollo en la primera infancia por niños de edad 3-5 mejoró el desarrollo cognitivo y el logro academico. ⁵⁶ Estos mejoramientos pueden estimular un trayectorio positivo hacia resultados favorables de salud y social durante la vida. *Programas de asistencia a los inquilinos* (los cuales proveen bonos para la vivienda a los de bajo ingreso para vivir en viviendas preferidas) mostraron que hubo menos victimización y los vecindarios más seguros. ⁵⁷

Otras intervenciones sociales y ambientales de salud que necesitan investigación incluyen: acceso a asistencia médica de calidad y cobertura; vivienda asequible y segura; vecindarios seguros, ánimos de vecindario; calidad de sistema de educación; entreamiento de trabajo y oportunidades de empleo; cohesión social, participación cívica, y eficaz colectiva; y condiciones de trabajao. Los estudios en el futuro en estos areas ayudarán fortalacer el base de evidencia a reducir las desequidades en salud por acción dirigida especificamente a los determinates sociales de salud.

Practicas Ejemplares

La Comision “WHO” sobre los Determinantes Sociales de Salud. Este cuerpo internacional priorizó tres acciones claves para mejorar los determinantes sociales de salud y reducir la desequidad en la salud; mejorar las condiciones de vivienda; atacar la distribución inequitativa de poder, dinero y recursos; y entiende el problema y evalua la acción. La Comisión tiene una lista extensiva de los reportes de determinantes sociales y los recursos disponibles en su sitio de internet. ^{58,59}

Promoviendo Equidad en la Salud: Una Guia de Recurso para Ayudar a las Comunidades Dirigen los Determinantes Sociales de Salud. Este manual provee del campo de programas que hay para mejorar los determiantes socales de salud en las comunidades locales. El recurso tambien incluye una guia, paso por paso, de los profesionales en salud pública y los socios tratando de desarrollar, implementar, evaluar y sostener asociaciones locales y las iniciativas para atacar determinantes socaled de desequidades de salud.⁶⁰

Causas que no son naturales ...¿Nos está enfermando desequidad? Este serie documentalio por video de siete partes explora las desigualdades raciales y socioeconomicos en la salud. El sitio de internet tiene una lista extensiva de los recursos que las comunidades pueden usar a facilitar los diálogos y acción alrededor las desequidades sociales y de salud. ⁶¹

Fuera de Asistencia Médica: Nuevas Indicaciones a una America más Sana. Este reporte por la Comisión de la fundación de Robert Wood Johnson de construir una America mas Sana subraya intervenciones para cambios institucional y ambiental que apoya comportamiento sano, incluye acceso a alimentos nutriciosos, desarrollo en la primera infancia, y programas de bienestar en el vecindario y trabajo.⁶²

Detroit Asociación de Ambientes Sanos. La Asociación de Ambiente Sano (HEP) es una asociación de investigación participante basada en la comunidad con un enfoque a entender y promover salud cardíaco en los vecindarios. La asociación examina y desarrolla las inverciones para vigilar aspectos de ambiente social y físico que contribuyen a las

disparidades raciales y socioeconómicas en la enfermedad cardiovascular.⁶³

Instituto de Prevención. Esta organización subraya los puntos salientes de investigación de prevención, pólizas, y programas que muestran los enfoques comprensivos e integrados hacia resolviendo los problemas complejos sociales y de salud. Ellos retratan las comunidades a nivel nacional que están trabajando a mejorar equidad en la salud alrededor de heridas y violencia, ambientes construidos, acceso a comida sana, actividad física, y justicia social y racial. También ofrecen módulos de entrenamiento en línea sobre cómo prevenir violencia y equidad en la salud.⁶⁴

Recomendación 4: Asegurar acceso

Base de Evidencia

Disparidades de salud por raza, etnicidad y ingresos son dominantes en nuestro sistema de asistencia médica. El Instituto de Medicina reporta *Tratamiento Desigual: Confrontando las Disparidades Raciales y Étnicas en Asistencia Médica* que subrayó las diferencias en la calidad de cuidado dado a las minorías raciales y étnicas después de contar por ingresos, cobertura de seguro de salud, severidad de enfermedad, y tipo de facilidad de asistencia médica.⁶⁵ El reporte reconoció que las disparidades de asistencia médica ocurren en el contexto de amplias desigualdades sociales y económicas y discriminación racial y étnica en muchos sectores de sociedad. Las recomendaciones elegidas para reducir disparidades de asistencia médica incluyen el siguiente reporte que han adoptado para el *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan*:

- Aumenta el conocimiento de las disparidades de proveedores de asistencia médica.
- Aumenta la proporción de las minorías de baja representación dentro de las profesiones sanitarias
- Implementa los programas de educación para aumentar el conocimiento de los pacientes como tener más acceso y participar en las decisiones de tratamiento.
- Mezclar la educación multicultural al entrenamiento de todos los profesionales sanitarios.
- Recopilar y reportar los datos de raza, etnicidad, estado socioeconómico, lengua preferida, para observar las disparidades de asistencia médica incluir las medidas rendidas.

Acceso universal a cobertura de seguro de salud es un requisito crítico de equidad en la salud.⁶⁶ Sin embargo, cobertura de seguro no asegura la óptima asistencia médica. Otras estructuras de soporte incluyen desarrollo de competente fuerza laboral para tratar con una población de pacientes diversos, incluyen personal con lengua principal más que inglés.

Hay más trabajo sobre el impacto de sistemas de salud competente culturalmente. A presente, no hay suficiente evidencia científica para intervenir la capacidad de reducir las desigualdades raciales y étnicas.⁶⁷ Sin embargo, los sistemas de salud competente culturalmente muestran promesa significativa para mejorar asistencia médica, y las estrategias han sido adoptadas por las agencias públicas y privadas y muchos sistemas de salud.

Ejemplares Prácticas

Las Normas Nacionales de Servicios Apropriados *Culturalmente y Lingüísticamente (CLAS)* están dirigidas a organizaciones de asistencia médica para integrar servicios de salud apropiados por medio de una organización en asociación con comunidades servidas como una forma promover acuerdo con los derechos civiles. Los 14 estándares dirigen cuidado competente culturalmente, acceso a servicios de lengua, y asistencia organizacional para capacidad cultural.

⁶⁸

Recomendación 5: Fortalecer Comunidad Participación, Capacidad, y Otorgamiento de Poderes

Base de evidencia

Capacidad comunitaria refiere a los recursos, infraestructuras y relaciones y funciones que le capacitan a la comunidad para crear cambio. Los enfoques de la comunidad participante y otorgamiento de poderes ayudan a las comunidades pensar en los esfuerzos de la comunidad que existen pueden estar movilizados para ayudar reducir las desigualdades.^{69,70}

La investigación participante basada en la comunidad es una estrategia que puede maximizar las decisiones conducidas por la comunidad y estrategias para tratar los deterinates sociales de salud.⁷¹ Por ejemplo, algunas estrategias pueden involucrar comunidades en una evaluacion de impacto de salud a viviendas y proyectos de infraestructura que evaluan los efectos proyectados de salud en la comunidad.^{72, 73}

Ejemplares Practicas

Caja de herramienta de la comunidad. Este recurso, en-linea, provee cientos de herramientas y consejos practicos, paso por paso, para construir una comunidad exitosa.⁷⁴

Como la gente consigue poder. Un manual de organizarla comunidad de un marco de otorgamiento de poderes.⁷⁵

Caja de herramiento de Salud y Resiliencia a las Comunidades Vulnerables (THRIVE). Esta herramienta interactiva por el Instituto de Prevenir provee consejo a evaluar y intervenir con la comunidad que presenta acceso a la resiliencia de la comunidad para mejorar la salud.⁷⁶

Referencias

¹ National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs.* Washington, DC: The National Academies Press; 2004.

² Institute of Medicine. *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for Health Care Quality Improvement.* Washington, DC: The National Academies Press; 2009.

³ National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs.* Washington, DC: The National Academies Press; 2004.

⁴ National Research Council. *Improving Racial and Ethnic Data on Health: Report of a Workshop.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.

⁵ Boston Public Health Commission. Data Collection Regulation. http://www.bphc.org/boardofhealth/regulations/Forms%20%20Documents/regs_data-collection_12-June-06.pdf

⁶ United Health Foundation. *America's Health Rankings, 2009 Edition.* <http://www.americashealthrankings.org/2009/report/AHR2009%20Final%20Report.pdf>.

⁷ Institute of Medicine. State of the USA. <http://susa.yangllc.com/>

-
- ⁸ Hillemeir M, Lynch J, Harper S, Casper M. Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. http://www.cdc.gov/dhdsp/library/data_set_directory/pdfs/data_set_directory.pdf.
- ⁹ Nolen LB, Braveman P, Dachs NW, et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bull World Health Organ.* 2005;83:595-603.
- ¹⁰ Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ¹¹ National Research Council. *Improving Racial and Ethnic Data on Health: Report of a Workshop.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- ¹² Hillemeir M, Lynch J, Harper S, Casper M. Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. http://www.cdc.gov/dhdsp/library/data_set_directory/pdfs/data_set_directory.pdf.
- ¹³ State of the USA (<http://stateoftheusa.org>).
- ¹⁴ United Health Foundation. *America's Health Rankings, 2009 Edition.* <http://www.americashealthrankings.org/2009/report/AHR2009%20Final%20Report.pdf>.
- ¹⁵ Boston Public Health Commission. Data Collection Regulation. http://www.bphc.org/boardofhealth/regulations/Forms%20%20Documents/regs_data-collection_12-June-06.pdf.
- ¹⁶ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.
- ¹⁷ Office of Minority Health. National Partnership for Action to End Disparities. A Strategic Framework for Improving Racial/Ethnic Minority Health and Eliminating Racial/Ethnic Health Disparities. <http://raceandhealth.hhs.gov/npa/templates/content.aspx?lvl=1&lvlid=13&id=81#10>.
- ¹⁸ Blas E, Gilson L, Kelly MP, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*;372:1684-1689.
- ¹⁹ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Display/AssetDisplay.aspx?id=161>
- ²⁰ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice.* Washington, DC: NACCHO;2009.
- ²¹ Blas E, Gilson L, Kelly MP, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*;372:1684-1689.
- ²² Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ²³ Center for Prevention and Health Services. Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities: A Business Case for Employers. http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/1/Eliminating_Racial_Ethnic_Health_Disparities_A_Business_Case_Update_for_Employers.pdf.
- ²⁴ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Advocacy/Policy-and-Position-Statements/Healthy-Equity-Policy-Statement/>.

- ²⁵ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO;2009.
- ²⁶ National Association of County and City Health Officials (NACCHO), Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO;2006.
- ²⁷ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.
- ²⁸ California Administrative Code. Title 17, s 1276. <http://www.apartment-manager-law.com/data03/1276-Basic%20Services.php>.
- ²⁹ Boston Public Health Commission. Center for Health Equity and Social Justice. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/aboutthecenter/Pages/Home.aspx>.
- ³⁰ Massachusetts Office of Health Equity. Available through search at <http://www.mass.gov/>.
- ³¹ Ohio Department of Health. Strategic Plan 2009-2011. http://www.odh.ohio.gov/ASSETS/A4354A2364704F71BADA57286ECC4FDE/ODH_STRATEGIC_PLAN_SFY2009-SFY2011_061609.pdf.
- ³² State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ³³ Pestronk RM, Franks M, REACH, Healthy Start, PRIDE teams. A partnership to reduce African American infant mortality in Genesee County, Michigan. *Public Health Rep.* 2003;118:324-335.
- ³⁴ NACCHO, Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO;2006.
- ³⁵ Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995;Extra Issue:80-94.
- ³⁶ Link BG, Phelan J. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health.* 2002;92:730-732.
- ³⁷ Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372:1661-1669.
- ³⁸ Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- ³⁹ Institute of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2003.
- ⁴⁰ Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff.* 2002;21(2):60-76.
- ⁴¹ Ecob R, Davey Smith G. Income and health: What is the nature of the relationship? *Soc Sci Med.* 1999;48:693-705.
- ⁴² Lynch J, Davey Smith G, Harper S, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q.* 2004;82:5-99.

- 43 Wagstaff A, van Doorslaer E. Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health*. 2000;21:543–567.
- 44 Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- 45 Handy SL, Boarnet MG, Ewing R, Killingsworth RE. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *Am J Prev Med*. 2002;23(2 Suppl):64-73.
- 46 Centers for Disease Control and Prevention. Health Protection Goals and Objectives. Healthy People in Healthy Places. <http://origin2.cdc.gov/osi/goals/places/>
- 47 Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. A comparison of the relationships of education and income with mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Soc Sci Med*.49;1999:1373–1384.
- 48 Dunn JR, Hayes MV. Identifying social pathways for health inequalities. The role of housing. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896:399–402.
- 49 Kingsley GT. Housing, health, and the neighborhood context. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):6-7.
- 50 Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001;116:404-416.
- 51 Williams DR, Neighbors H, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health*. 2003;93:200-208.
- 52 Treuhaft S, Hamm M, Litjens C. *Healthy Food for All: Building Equitable and Sustainable Food Systems in Detroit and Oakland*. Oakland, CA:PolicyLink;2009.
- 53 Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- 54 Anderson LM, Fielding JE, Fullilove MT, et al. Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):25-31.
- 55 Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med*. 2003;24(3S):21-24.
- 56 Anderson LM, Shinn CM, Fullilove MT, et al. The effectiveness of early childhood development programs: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3S):32-46.
- 57 Anderson LM, St Charles J, Fullilove MT, et al. Providing affordable family housing and reducing residential segregation by income: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):47-67.
- 58 Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- 59 WHO Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en/.

- ⁶⁰ Brennan Ramirez LK, Baker EA, Metzler M. *Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2008. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dach/chaps/pdf/sdohworkbook.pdf>.
- ⁶¹ Unnatural Causes...Is Inequality Making Us Sick? <http://www.unnaturalcauses.org/>.
- ⁶² Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009. <http://www.rwjf.org/files/research/commission2009finalreport.pdf>.
- ⁶³ Healthy Environments Partnership. <http://www.hepdetroit.org/>.
- ⁶⁴ Prevention Institute. <http://www.preventioninstitute.org/>
- ⁶⁵ Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ⁶⁶ Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-1669.
- ⁶⁷ Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, et al. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):68-79.
- ⁶⁸ US Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. *National Standard for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Healthcare. Final Report*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2001. <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf> .
- ⁶⁹ Syme SL. Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Prev Chronic Dis*. 2004;1(1):1-5. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm.
- ⁷⁰ Wallerstein N. What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen:WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). <http://www.euro.who.int/Document/E88o86.pdf>.
- ⁷¹ Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202.
- ⁷² Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009. <http://www.rwjf.org/files/research/commission2009finalreport.pdf>.
- ⁷³ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO;2009.
- ⁷⁴Community Toolbox. <http://ctb.ku.edu/en>.
- ⁷⁵ Kahn S. *How People Get Power*. Rev. ed. Washington, D.C.: NASW Press; 1994.
- ⁷⁶ Prevention Institute. THRIVE. <http://thrive.preventioninstitute.org/thrive/index.php>

VII. Conclusión

Conclusión

El *Mapa de Ruta a la Equidad en la Salud en Michigan* muestra el renovamiento de una asociación significada de esfuerzo, dirigido por la Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y la Salud de la Minoría en el Michigan Departamento de Salud Comunitaria, para trabajar progresivamente por intermedio o largo plazo al obtener equidad social y de salud dentro de las comunidades de color de Michigan. Las provisiones en este Mapa de Caminos han desarrolladas de nuestra autoridad establecida por la ley (Acto Publico 653) para tratar las disparidades raciales y étnicas en Michigan. Además, este *Mapa de Ruta* incorpora nuevos enfoques estratégicos para tratar a los determinantes sociales fundamentales que tienen un impacto significado a salud; mejorar nuestros sistemas de datos para elevar la recopilación y manejo de datos estandarizados y comprensivos que se tratan de salud entre las razas y grupos étnicos considerablemente; reforzar la capacidad y la agenda de salud pública y otros socios públicos, privados y de la comunidad para sostener las asociaciones y los programas que crean salud equidad; y mejorar el acceso a cuidado de salud de calidad, con sensibilidad a las culturas y competentes para las minorías de los grupos marginados raciales y étnicos.

En cumplimiento de *Mapa de Ruta*, hemos demostrado el progreso en la educación el público general y los trabajadores de la salud pública sobre equidad en la salud y los temas de justicia social. También hemos implementado nuevos programas de entrenamiento y fondos para imponer la capacidad de los recursos de asociaciones basadas en la comunidad trabajando con las poblaciones de prioridad de los grupos de la minoría racial/étnica. Además, los extensivos recursos mostrados en este *Mapa de Ruta* da énfasis a nuestra obligación en el apoyo de las intervenciones que mejoran los determinantes sociales, económicos y de ambiente de la salud individual y de la comunidad. También hemos iniciado un recurso centralizado de datos comprensivos de la salud de la minoría estandarizados y desarrollar las medidas estandarizadas para observar y evaluar la equidad de salud y social para las poblaciones en Michigan. Además, hemos asociado con autoridades regionales y locales para ampliar nuestro acceso a los datos raciales/étnicas en la comunidad de diferentes fuentes.

Mientras publicamos y llevamos a cabo las recomendaciones de este Mapa de Ruta, vamos a unir esfuerzos con muchas asociaciones quienes comparten nuestra promesa a equidad en la salud. Les agradecemos sus recursos colectivos, experiencias, y ideas innovadores para optimizar las condiciones sociales y de salud para todos los de Michigan.

Mientras publicamos y llevamos a cabo las recomendaciones de este Mapa de Ruta, vamos a unir esfuerzos con muchas asociaciones quienes comparten nuestra promesa a equidad en la salud. Les agradecemos sus recursos colectivos, experiencias, y ideas innovadores para optimizar las condiciones sociales y de salud para todos de Michigan.