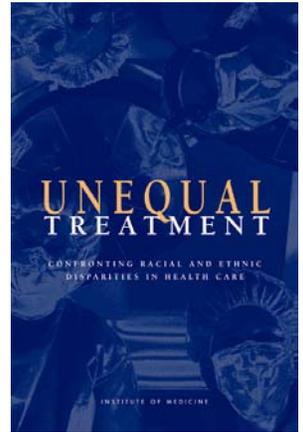


INSTITUTE OF MEDICINE

Shaping the Future for Health

LO QUE NECESITAN SABER LOS CONSUMIDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD SOBRE LAS DESIGUALDADES RACIALES Y ÉTNICAS EXISTENTES EN ESTE SECTOR



A menudo es difícil hacer una visita al doctor, hasta si se trata de un examen de rutina. Muchas personas se sienten agitadas y aún asustadas de acudir al médico, especialmente cuando no se sienten bien. Las preocupaciones acerca de comenzar un tratamiento para una afección o una enfermedad pueden aumentar cuando piensan sobre lo que les va a costar el tratamiento y la posibilidad de que el doctor cometa un error. Y entre los pacientes de minorías, puede haber más aspectos que contemplar, incluyendo si su raza o etnia influirá en la clase de cuidado que reciban.

HAY BRECHAS RACIALES Y ÉTNICAS EN EL ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

Existen amplias diferencias entre los grupos raciales y étnicos en el acceso al cuidado de la salud y la disponibilidad de seguro de salud (seguro médico). Las minorías, especialmente las familias latinas y afro estadounidenses, son más propensas a no tener seguro privado de salud que las personas de raza blanca. O, si tienen seguro, hay más probabilidades de que las minorías sean enroladas en planes médicos que limitan fuertemente el tipo de servicios que los pacientes puedan recibir. Además, los mejores servicios médicos y proveedores no siempre se encuentran en las comunidades minoritarias. Estas son algunas de las principales razones por las cuales las minorías reciben un cuidado de salud de menos calidad.

Pero recientes investigaciones médicas también muestran que los pacientes de minorías raciales y étnicas tienden a recibir un cuidado de salud inferior que aquellos que no integran las minorías, aun cuando cuentan con los mismos tipos de seguro de salud.

Por esa razón, el Congreso pidió al Instituto de Medicina (IOM) que investigara las desigualdades raciales y étnicas en la entrega de los servicios de salud. El IOM recibió instrucciones de determinar cuán amplia es la brecha en el cuidado de la salud, identificar los posibles motivos de por qué ocurre esto y sugerir maneras de eliminar las disparidades. En su informe final *Tratamiento desigual: enfrentando las disparidades raciales y étnicas en el cuidado de la salud* (*Unequal Treatment: Confronting*

...recientes investigaciones médicas también muestran que los pacientes de minorías raciales y étnicas tienden a recibir un cuidado de salud inferior que aquellos que no integran las minorías, aun cuando cuentan con los mismos tipos de seguro de salud.

Racial and Ethnic Disparities in Healthcare), el panel de científicos y médicos formado por el IOM llegó a la conclusión de que los pacientes de minorías tienen menos probabilidades que los blancos de recibir la misma calidad de cuidados de la salud, aunque tengan seguro similar o la capacidad para pagar por sus gastos médicos. Para hacer las cosas aún peor, la brecha en el cuidado de la salud está vinculada con las tasas de mortalidad más elevadas entre las minorías.

¿QUÉ SON DESIGUALDADES EN EL CUIDADO DE LA SALUD?

El informe del IOM definió las disparidades en el cuidado de la salud como diferencias en la calidad de la atención recibida por minorías y no minorías que tienen igual acceso al cuidado —es decir, cuando estos grupos tienen seguros médicos similares y el mismo acceso a un doctor—y cuando no hay diferencias entre estos grupos en preferencias y en necesidades de tratamiento. Esta definición reconoce que algunas diferencias en la calidad del cuidado de la salud entre las minorías y los blancos son explicables. Por ejemplo, las investigaciones muestran que entre algunos pacientes de las minorías hay más probabilidades de rechazar el consejo del médico que entre los blancos, aunque esta diferencia en las preferencias de tratamiento es generalmente muy pequeña.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS DISPARIDADES EN EL CUIDADO DE LA SALUD?

El informe del IOM encontró que las desigualdades en el cuidado de la salud no tienen una simple causa. Por el contrario, quedaron al descubierto muchas fuentes potenciales para las disparidades. Tres de esas fuentes son descritas a continuación:

La manera en que los sistemas de cuidado de la salud son organizados y operados contribuye a las diferencias. Algunas veces los sistemas de salud, los hospitales o las clínicas adoptan políticas o prácticas basadas en buenas intenciones —tales como la necesidad de contener los costos del cuidado de la salud— pero muchas representan barreras para la capacidad de los pacientes de las minorías de tener acceso a la atención médica. Por ejemplo, algunos planes médicos ofrecen incentivos especiales a los facultativos para que mantengan los costos bajos. Mantener los gastos bajos es importante, pero estas medidas pueden inintencionadamente perjudicar a las minorías debido a que los ahorros pueden resultar a expensas de los pacientes menos ilustrados sobre las opciones de tratamiento y quienes probablemente no presionarán a su doctor por más servicios.

El doctor llega y pregunta ¿Por qué está con oxígeno?”. Me estaba recuperando de cirugía. El mira los diagramas y dice “el seguro no cubre esto. Quiténselo”. Así de sencillo. Yo estoy ahí pensando “¡Epa!, eso es bastante cruel para venir de un doctor. Pensé que eso era injusto. (Participante latino en un grupo de foco)

Además, muchos planes médicos no ofrecen servicios profesionales de interpretación o traducción para los pacientes que no hablan inglés. Los servicios profesionales de interpretación y traducción son importantes para ayudar a los pacientes que no hablan inglés a que participen completamente en las decisiones sobre el tratamiento y hablar en privado de sus preocupaciones con el doctor.

La disposición y el comportamiento de los pacientes pueden contribuir a las desigualdades. Hay alguna evidencia de que la disposición de los pacientes puede contribuir a las disparidades. Algunos pacientes de las minorías no confían en los profesionales de la

...las desigualdades en el cuidado de la salud no tienen una simple causa.

... muchos planes médicos no ofrecen servicios profesionales de interpretación o traducción para los pacientes que no hablan inglés.

atención a la salud y por lo tanto pueden postergar la cita con el doctor hasta que su afección ha avanzado demasiado para un tratamiento efectivo. Otros no siguen exactamente las instrucciones de su doctor. Además, cierta evidencia sugiere que hay más probabilidades de que los pacientes de las minorías rechacen o se nieguen a las recomendaciones de tratamiento hechas por el doctor. Los estudios muestran, sin embargo, que esto representa sólo un pequeño porcentaje de los pacientes de minorías, y que las probabilidades de que las minorías rehúsen el tratamiento recomendado son sólo ligeramente superiores a las de los pacientes blancos.

Finalmente, existe evidencia de que las predisposiciones, los prejuicios y la incertidumbre en el tratamiento de las minorías por los proveedores de cuidados a la salud pueden contribuir a las disparidades en la atención de la salud. Este resumen se enfoca en cómo las actitudes y las creencias – aún de aquellas de las que no están conscientemente al tanto – pueden influir en la calidad del cuidado al paciente, y lo que el paciente puede hacer al respecto.

LOS DOCTORES NECESITAN MUCHOS TIPOS DIFERENTES DE INFORMACIÓN PARA TOMAR UNA DECISIÓN MÉDICA.

Para entender como los doctores pueden contribuir a las disparidades en el cuidado de la salud, es importante comprender como toman las decisiones sobre la atención al paciente. Muchas de las decisiones que deben tomar los doctores conllevan un grado de incertidumbre. Puede estar relacionada con la diagnosis del paciente, como éste responde al tratamiento, si el tratamiento pudiera conducir a potenciales complicaciones, y hasta las perspectivas del paciente a largo plazo. Para hacer las cosas más difíciles, en muchas instancias, los doctores pueden hacer frente a fuertes presiones de tiempo, restricciones de recursos y, en ocasiones, a complejos problemas médicos que no son fácilmente comprendidos o resueltos.

La incertidumbre puede por lo tanto hacer que encontrar el diagnóstico y el plan de tratamiento correcto se convierta en un desafío para cualquier doctor. Pero cuando están frente a pacientes que son de diferentes antecedentes raciales o étnicos, los doctores pueden hallar que su incertidumbre sobre la condición del paciente y el mejor curso de tratamiento es aún mayor. Un doctor puede tener dudas acerca de cómo una particular enfermedad (o tratamiento) avanzará en un grupo minoritario. Los resultados de los exámenes del paciente podrían no indicar hacia una solución obvia. Algunas veces los pacientes no saben como describir sus síntomas, o están nerviosos o avergonzados de hablar de ellos. Además, muchos doctores no hablan con sus pacientes en lenguaje sencillo; utilizan términos médicos que son difíciles de comprender. Esta clase de problemas puede conducir a una mayor incertidumbre cuando doctores y pacientes no comparten los mismos antecedentes. Y en muchas comunidades existen problemas adicionales por la barrera del idioma: el doctor y el paciente pueden no hablar el mismo idioma, y muchos sistemas de cuidado de la salud no emplean intérpretes. También puede haber malas interpretaciones culturales que son distintas a los problemas de idioma... la comprensión de un paciente sobre su enfermedad puede ser diferente desde la perspectiva de un doctor. Cada uno de estos factores hace aumentar la incertidumbre del doctor acerca del cuidado que el paciente realmente podría necesitar. El resultado podría ser que el diagnóstico y el plan de tratamiento podría no ser adecuado para las necesidades del paciente.

Hay alguna evidencia de que la disposición de los pacientes puede contribuir a las disparidades.

...en muchas instancias, los doctores pueden hacer frente a fuertes presiones de tiempo, restricciones de recursos y, en ocasiones, a complejos problemas médicos que no son fácilmente comprendidos o resueltos.

...en muchas comunidades existen problemas adicionales por la barrera del idioma: el doctor y el paciente pueden no hablar el mismo idioma, y muchos sistemas de cuidado de la salud no emplean intérpretes.

¿CÓMO SE RELACIONAN LOS ESTEREOTIPOS, LAS PREDISPOSICIONES Y EL PREJUICIO CON EL CUIDADO AL PACIENTE?

Muchas veces, el sistema (de cuidado de la salud) tiene el concepto de que la gente negra ha salido de las noticias de las seis de la tarde, y nos trata de la misma manera. Aquí está llegando un individuo sin seguro. Es de clase baja. (Participante afro estadounidense en un grupo de foco)

Calificar por estereotipo es un proceso por el cual la gente usa grupos sociales (tales como sexo y raza) para reunir, procesar y obtener información acerca de otras personas. Los estereotipos son, en otras palabras, etiquetas que hemos dado a las personas en base de los grupos que nosotros pensamos pertenecen.

La mayoría de la gente piensa que “estereotipo” es una palabra negativa, pero realmente esas clasificaciones pueden ser útiles.

La mayoría de la gente piensa que “estereotipo” es una palabra negativa, pero realmente esas clasificaciones pueden ser útiles. El uso de estereotipos ayuda a la gente a organizar un mundo muy complejo. Su utilización puede darnos más confianza en nuestras capacidades para entender una situación y responder ante ella. Hay, sin embargo, un aspecto negativo en el uso de estereotipos. Está en la naturaleza de los estereotipos ser prejuiciosos o injustos. Llevan consigo un cierto nivel de juicio, que puede ser positivo o negativo. Por ejemplo, una paciente afro estadounidense a la que se había pronosticado diabetes informo de una experiencia muy negativa. Mientras escribía la receta, el doctor le dijo “necesito escribir esta receta para estas píldoras, pero usted nunca se las tomará y regresará para contarme que está comiendo patas de cerdo y de todo...”. Claramente, este proveedor vio la raza de esta persona y presumió que ella tenía un cierto tipo de dieta y por lo tanto ignoraría su consejo.

Es fácil reconocer los estereotipos negativos, tales como la clase de actitudes que asociamos con intolerancia. Pero casi todos estereotipan a los demás, aun cuando la mayoría de las personas no se da cuenta de que lo hace. Y, desafortunadamente, vivimos en una sociedad que todavía es afectada por preconcepciones negativas entre diferentes grupos étnicos y raciales. De modo que incluso personas que jamás endosaría estereotipos explícitamente intolerantes –que realmente creen que no juzgan a otros en base de categorías sociales – inconscientemente han sido influenciados por los implícitamente estereotipos intolerantes que existen en la sociedad estadounidense.

LOS ESTEREOTIPOS PUEDEN INFLUENCIAR LAS DECISIONES MÉDICAS

Mi nombre es ... [un apellido latino común] y cuando ven ese nombre, yo creo que hay una especie de prejuicio del nombre... Estábamos hablando por teléfono sobre ello, hay una falta de respeto. Hay una carencia de reconocimiento a la persona y hacerla sentirse bienvenida. Todas las cortesías que van con la profesión por las que se les paga para que la ejerzan son dejadas como de lado. Piensan que pueden escapar con mucho porque “aquí hay otro estúpido mexicano”. (Participante latino en un grupo de foco).

Tanto los estereotipos implícitos como los explícitos dan forma a nuestras influencias personales recíprocas.

Tanto los estereotipos implícitos como los explícitos dan forma a nuestras influencias personales recíprocas. Afectan como recordamos información y guiamos nuestras expectativas y percepciones. Las sutiles indicaciones que damos sobre nuestros propios estereotipos – y como interpretamos las dadas por otros – pueden incluso producir “predicciones sobre el futuro” en situaciones sociales. Esto es, nuestras propias creencias acerca

de como una situación debería desarrollarse, o como se desarrollará, puede realmente influenciar la interacción de modo que satisfaga nuestras expectativas. Por ejemplo, los estereotipos conscientes o inconscientes de un doctor acerca de si los pacientes de minorías cumplirán los planes de tratamiento o mantendrán las próximas citas puede transmitir el mensaje que el médico no espera que el paciente coopere.

EL PREJUICIO NO SIEMPRE RECONOCIDO O INTENCIONAL

Si usted habla bien en inglés, un doctor estadounidense lo tratará mejor. Si usted habla chino y su inglés no es tan bueno, como que lo mirarán en menos. Serán algo prejuiciados. (Participante chino estadounidense en un grupo de foco)

El prejuicio puede afectar la calidad de la atención de la salud que reciben las minorías. Prejuicio es definido como una actitud negativa injustificada basada en el grupo determinado al que pertenece una persona. Tal comportamiento negativo a menudo se revela en estereotipos explícitamente preconcebidos. Es un triste hecho que la mayoría de los estadounidenses blancos tengan actitudes prejuiciosas en relación con las minorías. Los resultados de encuestas indican que entre la mitad y las tres cuartas partes de los blancos creen que las minorías son menos inteligentes, prefieren vivir de la beneficencia social o son proclives a la violencia que la gente blanca. Sin embargo, la mayor parte de esas personas no reconoce su actitud como prejuicio.

El prejuicio puede afectar la calidad de la atención de la salud que reciben las minorías.

Lo más probable es que la mayoría de los proveedores de cuidado de la salud no sean abiertamente prejuiciosos. Después de todo, han dedicado sus vidas a ayudar a que la gente se mantenga sana. Pero como mucha gente, los proveedores de cuidado de la salud podrían no reconocer la evidencia de prejuicio en su comportamiento.

HAY MANERAS DE CORREGIR ESTAS DISPARIDADES

Podría parecer un ciclo imposible de romper, pero no es una situación sin esperanza. El primer paso para corregir el problema es hacer que la gente tenga conciencia del mismo. Las encuestas muestran que, en gran medida, el público general no está al tanto de que las minorías reciben una calidad de atención inferior a la de los blancos. Muchos médicos, también, desconocen la amplitud de las desigualdades raciales y étnicas en el cuidado de la salud. Un mejor conocimiento de la situación probablemente conducirá a una mayor preocupación pública y profesional para solucionar el problema.

Estar consciente del problema, sin embargo, no es suficiente para eliminar las disparidades en el cuidado de la salud. Deben formularse estrategias de largo alcance dirigidas a las políticas y prácticas estatales y federales de salud, y al entrenamiento de los proveedores del cuidado de la salud. Estas estrategias deberían ser desarrolladas y puestas en vigor simultáneamente. Realizar una estrategia a la vez no resolverá el problema.

Por ejemplo, los sistemas de cuidado de la salud pueden adoptar medidas para ayudar a los pacientes de las minorías a que tengan un mejor acceso a la atención médica y asegurarse de que a todos los pacientes se les proporcione cuidado de salud de alta calidad. En comunidades donde hay un gran número de personas que prefieren hablar un idioma diferente al inglés, servicios de traducción pueden ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos y sentir que sus necesidades son escuchadas. Los sistemas de cuidado de la salud también pueden tomar medidas para mejorar la relación entre doctores y pacientes. Si

En comunidades donde hay un gran número de personas que prefieren hablar un idioma diferente al inglés, servicios de traducción pueden ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos y sentir que sus necesidades son escuchadas.

cada paciente cuenta con un proveedor específico que pueda ver cuando necesita atención médica, los dos a menudo pueden superar las barreras culturales. Esto puede ayudar a los pacientes a creer en su proveedor y sentir confianza en seguir los consejos médicos.

No creo necesariamente que usted tenga que ser un afro estadounidense para proporcionar buen cuidado a los afro estadounidenses, pero si usted no lo es, en realidad necesita estar al tanto de la cultura y de algunos aspectos de esa cultura, y realmente ver como se siente en relación con su trato con personas de esa cultura. (Enfermera afro estadounidense)

Más importante aún, los doctores y otros proveedores deberían recibir educación cultural diversa.

La educación también es importante. En primer lugar, doctores y proveedores de cuidado de la salud tienen que reconocer que existen desigualdades, a pesar de sus buenas intenciones. Más importante aún, los doctores y otros proveedores deberían recibir educación cultural diversa. Esta clase de entrenamiento está destinada a enseñar a los proveedores como los factores culturales y sociales influyen en el cuidado de la salud. Contribuye a que los proveedores entiendan como ayudarse mutuamente con los pacientes que tengan diferentes puntos de vista en general y, en particular, diferentes actitudes acerca del cuidado de la salud. Además ayuda a los proveedores a hablar y relacionarse con estos pacientes de una manera más efectiva.

Si ellos [los doctores] van a practicar en un ambiente americano nativo, deberían entender como la medicina tradicional puede llevar a la curación del paciente. (Participante americano nativo en un grupo de foco)

LOS PACIENTES PUEDEN HACER UNA DIFERENCIA EN SU PROPIO CUIDADO DE LA SALUD, EMPEZANDO AHORA MISMO

Proporcionar materiales de educación del paciente es un importante paso para los sistemas de cuidado de la salud, usarlo es igualmente un paso importante para los pacientes.

Los pacientes también pueden hacer cambios positivos. Hay alguna evidencia que muestra que los esfuerzos en la educación de los pacientes puede hacer una diferencia. Libros, folletos y sitios de Internet enseñan a los pacientes lo que deben esperar durante los exámenes que se les hagan y proporcionan información acerca de cómo comunicarse con los proveedores. Cuando los pacientes son capaces de hacer preguntas y obtener respuestas que entienden, están en condiciones de participar en las decisiones médicas. Proporcionar materiales de educación del paciente es un importante paso para los sistemas de cuidado de la salud, usarlo es igualmente un paso importante para los pacientes.



¿Le gustaría saber más acerca de la manera de tener un papel más activo en sus propias decisiones médicas? Hay una cantidad de libros que pueden ayudarlo. Pregunte en la biblioteca o en la librería por uno de los siguientes:

The Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship: Learning How to Talk So Your Doctor Will Listen (La guía inteligente del paciente para la relación doctor-paciente: aprendiendo como hablar de modo que su doctor le escuche).

Por Barbara M. Korsch, MD y Caroline Harding

Working With Your Doctor: Getting the Healthcare You Deserve. (Trabajando con su doctor: Obteniendo el cuidado de salud que usted se merece). Por Nancy Keene

Making Informed Medical Decisions: Where to Look and How to Use What You Find.

(Tomando las decisiones médicas correctas: dónde mirar y cómo usar lo que usted encuentre. Por Nancy Oster, Lucy Thomas, Darol Joseff y Susan Love)

Surviving Modern Medicine: How to Get the Best from Doctors, Family, and Friends. (Sobrevivendo a la medicina moderna: como lograr lo mejor de doctores, familia y amigos). Por Peter Clarke y Susan H. Evans

Además, hay disponibles varias Fuentes online en Internet. Si usted no tiene una computadora o conexión con Internet en su hogar, entre en contacto con su biblioteca local o centro comunitario para que encuentre como tener acceso a esta información:

- Uno de las fuentes más grandes de información del país sobre la salud de las minorías es la Oficina de Salud de la Minoría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (<http://www.omhrc.gov/>). Para referencias, publicaciones, información, información de texto y acceso a los profesionales de la salud de las minorías en todo el país, visite su anaqueil virtual o llame al Resource Center al teléfono 1-800-444-6472 para hablar con un especialista en información. También usted encontrará vínculos a información online sobre salud en inglés y español.
- La Oficina de Salud de la Minoría (Office of Minority Health) publica dos cartas noticiosas: "Closing the Gap" (Cerrando la Brecha) y "El Impacto del VIH ("HIV Impact") que informan sobre actividades federales, estatales y comunitarias relacionadas con la salud de las minorías. También se puede obtener estas cartas informativas en la dirección de Internet dada anteriormente.
- Closing the Health Gap (Cerrando la Brecha de la Salud) (<http://www.healthgap.omhrc.gov/index.htm>), una campaña educacional nacional copatrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y la cadena radiofónica ABC Radio Networks, proporciona información sobre condiciones comunes de salud que enfrentan los afro estadounidenses y ofrece vínculos a recursos de salud para los consumidores.
- Encuentre información estado por estado sobre los profesionales en salud de las minorías, titulados de escuelas de medicina y condiciones de salud mostradas en gráficos, mapas y diagramas de la fundación Henry J. Kaiser Family Foundation (<http://www.kff.org/>).
- Visite el Centro sobre Salud de las Minorías y Disparidades en la Salud del Centro Nacional de Institutos Nacionales de la Salud (<http://ncmhd.nih.gov/>) para información acerca de pruebas clínicas, estadísticas, información sobre salud y publicaciones. El Centro también ofrece una extensa lista de sitios de la salud en la WEB específicamente dirigidos a las minorías, tales como BlackHealthCare.com (<http://blackhealthcare.com/BHC/Index.asp>), el cual incluye una biblioteca multimedia sobre cuestiones de salud entre los negros.
- Medline Plus de la Biblioteca Nacional de Medicina (<http://medlineplus.gov/>) proporciona un mundo de información sobre condiciones de salud y medicamentos, como también directores de doctores acreditados, dentistas y hospitales en su área.
- Consiga datos sobre la selección de cuidado de la salud de calidad, la prevención de errores médicos y otras preocupaciones de los pacientes de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (<http://www.ahrq.gov/>). AHRQ también mantiene un archivo de artículos sobre los principales hallazgos de las investigaciones sobre las desigualdades raciales y éticas en el cuidado de la salud.
- Si usted cree que se le han negado servicios de salud o humanos o tratado de una manera injusta debido a su raza, color, origen nacional, inhabilidad o edad, contacte a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (<http://www.hhs.gov/ocr/regmail.html>)).



Para más información...

Copias de *Unequal Treatment: Understanding Racial and Ethnic Disparities in Health Care* están disponibles para la venta en National Academies Press (NAP); llame al (800) 624-6242 o (202) 334-3313 (en la área metropolitana de Washington), o visite la página de NAP en www.nap.edu. El texto completo de este informe está disponible en <http://www.nap.edu/catalog/10260.html>

Apoyo para este proyecto fue proporcionado por la Oficina de Salud de las Minorías del U.S. DHHS, con respaldo adicional de la entidad California Endowment y las Academias Nacionales. Los puntos de vista presentados en este informe son del Comité del Instituto de Medicina para la Comprensión y la Eliminación de las Disparidades Raciales y Étnicas en el Cuidado de la Salud y no son necesariamente aquellos de las instituciones que aportaron fondos.

El Instituto de Medicina es una organización privada sin fines de lucro que proporciona asesoría sobre políticas de salud bajo un privilegio legislativo a la Academia Nacional de Ciencias. Para mayor información sobre el Instituto de Medicina, visite su página de Internet www.iom.edu.

Copyright ©2002 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

Se otorga permiso para reproducir este documento en su totalidad, sin agregados o alteraciones



COMITE PARA LA COMPRESION Y LA ELIMINACIÓN DE LAS DISPARIDADES RACIALES Y ÉTNICAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

ALAN R. NELSON, M.D., (presidente), médico jubilado y actual consejero especial del ejecutivo principal, Colegio Estadounidense de Médicos–Sociedad Estadounidense de Medicina Interna, Washington, DC; **MARTHA N. HILL, Ph.D., R.N.**, (*Co-vicepresidenta*), decana interina, profesora y directora del Center for Nursing Research, Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD; **RISA LAVIZZO-MOUREY, M.D., M.B.A.**, (*Co-vicepresidenta*), vicepresidente del Grupo de Cuidado de la Salud, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ; **JOSEPH R. BETANCOURT, M.D., M.P.H.**, Científico principal, Institute for Health Policy, Director de la Oficina de Educación Multicultural y de Asuntos Multiculturales, Massachusetts General Hospital, Partners HealthCare System, Boston, MA; **M. GREGG BLOCHE, J.D., M.D.**, Profesor de derecho, Georgetown University and co-director del programa conjunto de Georgetown-Johns Hopkins sobre la Ley y la Salud Pública, Washington, DC; **W. MICHAEL BYRD, M.D., M.P.H.**, Instructor y científico investigador, Harvard School of Public Health, e médico instructor, Beth Israel Deaconess Hospital, Boston, MA; **JOHN F. DOVIDIO, Ph.D.**, Charles A. Dana profesor de Psicología y administrador interino y decano de facultad, Colgate University, Hamilton, NY; **JOSE ESCARCE, M.D., Ph.D.**, Científico natural, RAND y profesor adjunto, UCLA School of Public Health, Los Angeles, CA; **SANDRA ADAMSON FRYHOFER, M.D., MACP**, Médico internista y profesora asociada de medicina clínica, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA; **THOMAS INUI, Sc.M., M.D.**, Erudito, Fetzer Institute, Kalamazoo y Petersdorf Scholar-in-Residence, Association of American Medical Colleges, Washington, DC.; **JENNIE R. JOE, Ph.D., M.P.H.**, Profesora de medicina familiar y comunal y directora del Centro de Investigación y Entrenamiento del Americano Nativo, University of Arizona, Tucson, AZ; **THOMAS McGUIRE, Ph.D.**, Profesor de economía de la salud, Departamento de Política del Cuidado de la Salud, Harvard Medical School, Boston, MA; **CAROLINA REYES, M.D.**, Vicepresidenta, Planificación y Evaluación, The California Endowment, Woodland Hills, CA; **DONALD STEINWACHS, Ph.D.**, Presidente y profesor del Departamento de Política de la Salud y Administración, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, y director del Centro de Investigación y Desarrollo de los Servicios de Salud, Johns Hopkins University, Baltimore, MD; **DAVID R. WILLIAMS, Ph.D., M.P.H.**, Profesor de sociología y científico de investigación, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Enlace con la Junta de Política de Ciencias de la Salud

GLORIA E. SARTO, M.D., Ph.D., profesora, University of Wisconsin Health, Department of Obstetrics and Gynecology, Madison, WI

Personal del IOM en el proyecto

BRIAN D. SMEDLEY, director del estudio; **ADRIENNE Y. STITH**, funcionaria de programa; **DANIEL J. WOOTEN**, erudito residente; **THELMA L. COX**, asistente principal del proyecto; **SYLVIA I. SALAZAR**, de Edward Roybal Public Health, Instituto de la Asamblea Latina del Congreso.