



Programas  
Públicos y  
Minorías

◆  
Fuente  
de datos  
y recursos  
informativos  
para periodistas

◆  
Marzo 2006

# Mejorar los Programas Públicos, Mejorar la salud de las minorías

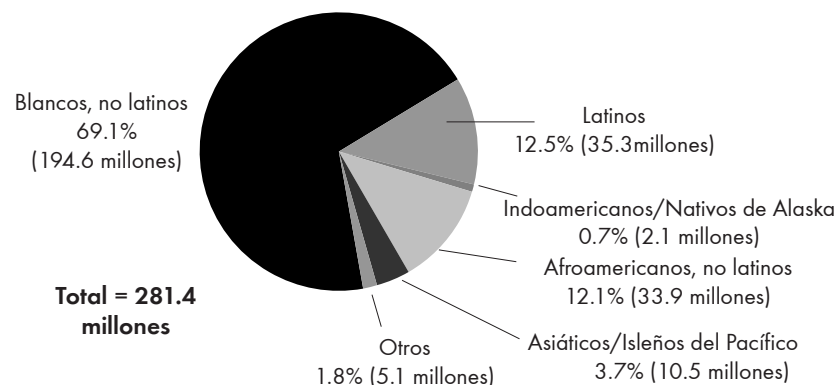
## Antecedentes

La composición demográfica de los Estados Unidos está cambiando. Las minorías: Afroamericanos, indoamericanos nativos de Alaska, asiaticoamericanos, isleños del Pacífico y latinos configuran un tercio de la población de los Estados Unidos, y se estima que esa proporción se incremente hasta un medio para el año 2050.<sup>1</sup> En muchas de las ciudades más grandes de los Estados Unidos y áreas urbanas, las “minorías” configuran ahora la mayoría.

## Disparidades raciales y étnicas en la salud: Una visión general

El problema de las disparidades raciales y étnicas en cuanto al acceso, cobertura, tratamiento y resultados en cuestiones de salud ha sido muy bien documentado en los años recientes. De hecho, la magnitud de este problema condujo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés) a plantear que, la eliminación de estas disparidades hasta el año 2010 sea una meta de carácter nacional, lo que ha inspirado a los miembros del Congreso a proponer leyes que ayuden a alcanzarla. Sin embargo, recientes amenazas a los programas de salud pública tales como el Medicaid y el Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (SCHIP por sus siglas en inglés), los cambios en el programa de Medicare y el creciente número de minorías que no tienen cobertura de seguro médico, hacen de la tarea de reducir y por último eliminar estas disparidades, un verdadero desafío.

Tabla 1  
Distribución porcentual de la población de los  
Estados Unidos por raza/etnicidad, 2000



Fuente: Censo de los Estados Unidos, Perfil de las Características Demográficas Generales: 2000

La dimensión de las disparidades raciales y étnicas es impresionante. Las minorías son las menos propensas a tener cobertura de seguro médico, consultar una fuente sobre una base regular y someterse a exámenes generales preventivos o servicios rutinarios de salud. Al mismo tiempo, tienen más probabilidades de que se les diagnostique una fase avanzada de enfermedad y sean hospitalizados por alguna condición prevenible. Por ejemplo:

- Los afroamericanos son un 50 por ciento más propensos a sufrir cáncer de próstata que los blancos y tienen dos veces más la probabilidad de morir por causa de esta enfermedad.<sup>2</sup>
- Un tercio de los latinos en condiciones de salud regular o pobre no habían consultado con un médico durante el año anterior, una tasa considerablemente más alta que las tasas para los blancos y afroamericanos.<sup>3</sup>
- En comparación con la población general de los Estados Unidos, los indoamericanos tienen mayores probabilidades de sufrir de alcoholismo en un 638 por ciento, de contraer tuberculosis en un 400 por ciento, de padecer diabetes en un 291 por ciento, de tener neumonía e influenza en un 67 por ciento y de sufrir de enfermedades del corazón en un 20 por ciento.<sup>4</sup>
- Las tasas de seguro entre los asiaticoamericanos y los subgrupos de isleños del Pacífico varían considerablemente. Debido a la posibilidad de que sean trabajadores por cuenta propia o empleados de pequeños negocios, un tercio de los coreanoamericanos permanece sin seguro, en comparación con solamente el 13 por ciento de los japoneses-americanos.<sup>5</sup>
- Los afroamericanos y los latinos tuvieron más altas tasas de amputación de las extremidades inferiores que los blancos no hispanos.<sup>6</sup>

#### Disparidades: Definición

El término “disparidades raciales y étnicas” es un término general que incluye las disparidades en *salud* y las disparidades en *cuidados de salud*. Aunque estos dos términos frecuentemente se usan incorrectamente el uno por el otro, hay dos conceptos diferentes:

**Disparidades en salud:** Se refiere a las diferencias entre dos o más grupos de población en cuanto a resultados de la salud y en el predominio, incidencia, o peso de la enfermedad, discapacidad, lesiones, o muerte.

**Disparidades en cuidados de salud:** Se refiere a las diferencias entre dos o más grupos de población en cuanto al acceso, cobertura, y calidad de la atención, incluyendo diferencias en los servicios de prevención, diagnóstico, y tratamiento.

No existe una solución única para eliminar las disparidades raciales y étnicas en la salud puesto que los factores que las componen son innumerables. Estos incluyen:

- factores sociales como racismo, diferencia de clases y pobreza;
- factores medioambientales tales como aire contaminado, vecindades inseguras, falta de áreas verdes, y
- factores estructurales tales como sistemas de atención médica que podría apartar a las minorías o desanimarlas de acceder a cuidados necesarios.

En tanto y en cuanto una aproximación múltiple -incluyendo esfuerzos de los sectores privados y públicos- se hace necesaria para tratar este asunto, incrementar el acceso a cobertura es la clave, y los programas públicos ofrecen la mejor oportunidad para mejorar la salud de las minorías.

---

***Aunque las determinantes de las disparidades en la salud son complejas y variadas, no es necesario desenredar la última pieza de este enigma para empezar la acción.***

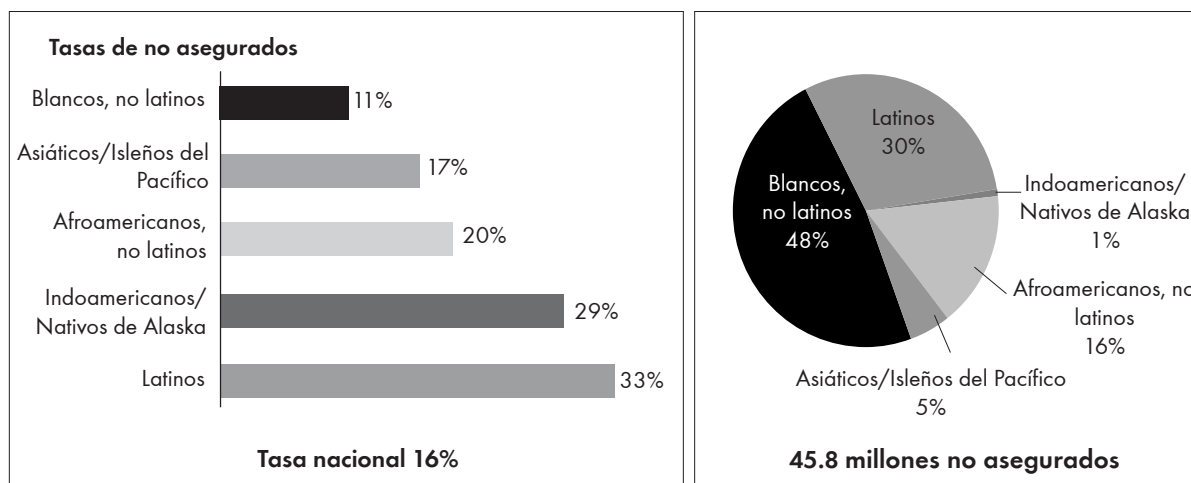
---

## **El rol de la cobertura en la reducción de las disparidades**

El más importante, de entre los factores que contribuyen a las disparidades en la salud, es sin duda la falta de cobertura de seguro médico.<sup>8</sup> Personas con cobertura de seguro médico asequible y total tienen menos barreras y son más propensas de consultar con un médico de base regular y obtener mejores resultados. La cobertura de seguro también reduce los gastos inmediatos y protege a las personas y sus familias del daño económico que una lesión o enfermedad pudiera provocarles.<sup>9</sup>

Infortunadamente, las minorías raciales y étnicas tienen muchas más probabilidades de que les falte cobertura de seguro médico o estar sin seguro en comparación con los blancos no hispanos. En tanto que las minorías configuran solamente un tercio de la población de los Estados Unidos, ellas abarcan más de la mitad de los 45.8 millones sin seguro. En 2004, 32.7 por ciento de latinos (13.7 millones) careció de seguro, así como lo fue el 19.7 por ciento de afroamericanos (7.2 millones) y el 16.8 por ciento de asiáticoamericanos/isleños del Pacífico (2.1 millones) en comparación con el 11.3 por ciento de blancos no hispanos (22 millones).

Tabla 2  
Población sin seguro por raza/etnicidad, 2004



**Fuente:** Oficina del Censo de los Estados Unidos, "Cobertura de Seguro Médico: 2004" Encuesta Actual de Población 2004, disponible mediante: <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hltin04.html>

Muchas de estas disparidades pueden ser atribuidas al hecho de que las minorías raciales y étnicas son las que más propenden a trabajar en industrias que no ofrecen seguro médico basado en el empleo, una fuente de cobertura para la mayoría de los estadounidenses (60 por ciento en 2004). Aunque el 70 por ciento de los blancos está asegurado mediante un plan de salud patrocinado por el empleador, menos de la mitad de los afroamericanos e hispanos, las dos más grandes minorías raciales y étnicas de los Estados Unidos, estuvo asegurada en 2003. (Tabla 3).<sup>10</sup> De acuerdo a un estudio, tanto como un 80 por ciento de hispanos de bajos ingresos estuvo asegurado durante un periodo de cuatro años en comparación con el 66 por ciento de afroamericanos y el 63 por ciento de blancos de bajos ingresos. Irónicamente, los latinos de bajos ingresos fueron los que más propendieron a tener un empleo estable con respecto a otros grupos en este mismo periodo.<sup>11</sup>

---

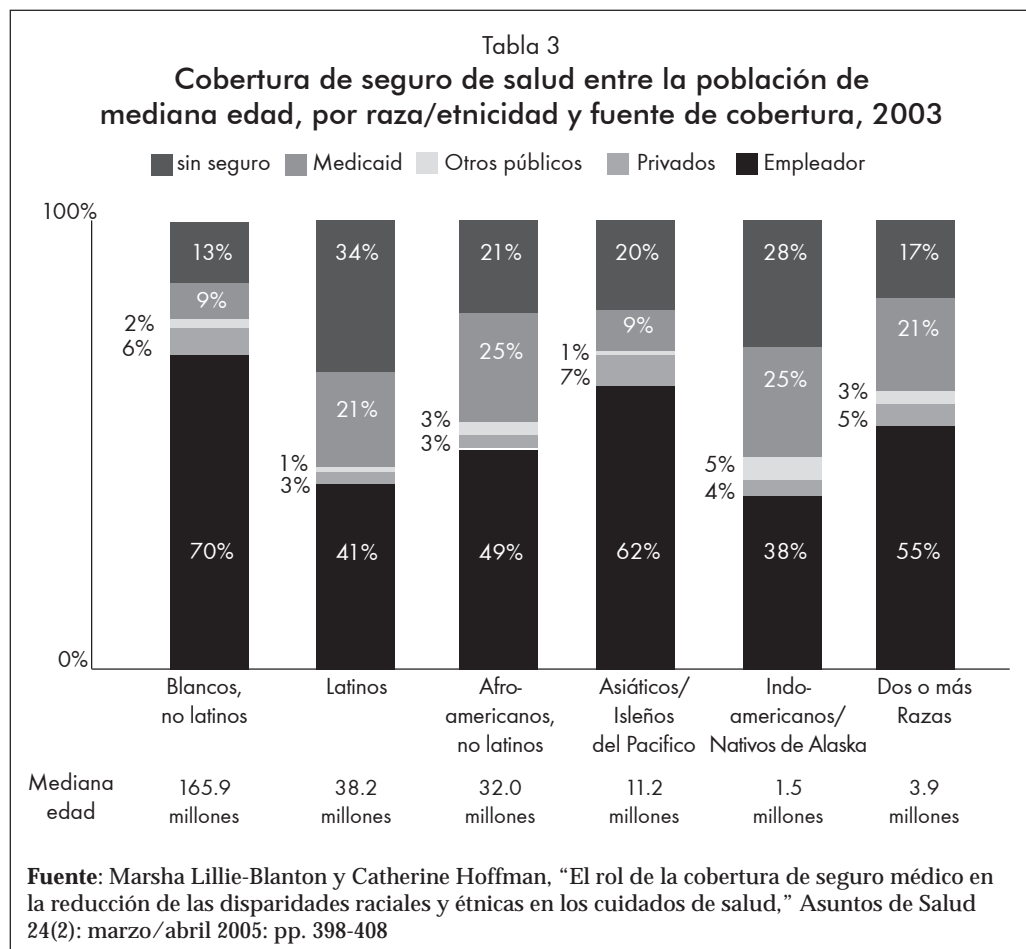
***“Las minorías en empleos de bajos salarios trabajan duro y respetan las leyes, pero son muy a menudo excluidos del sistema de seguros médicos porque no se les ofrece cobertura a través de su empleo, o si se la ofrecen, les resulta demasiado cara. Las soluciones políticas para ayudar que las familias de bajos ingresos tengan cobertura, sería una forma efectiva de atender esta persistente inequidad en la cobertura de salud y acceso a seguro médico.”***

- Karen Davis, presidente del Fondo del Estado

---

## El rol de los programas públicos en la reducción de las disparidades en la salud

Las minorías raciales y étnicas son las que más propenden a confiar en los programas públicos para cobertura de seguro. Por ejemplo, 27.5 por ciento de afroamericanos, 22.3 por ciento de latinos, y 29.9 por ciento de indoamericanos/nativos de Alaska obtienen atención a través de programas públicos en comparación con el 11 por ciento de los blancos.<sup>12</sup> Esto se debe a varias razones, incluyendo altos índices de pobreza, mayores posibilidades de emplearse en industrias en que falta el seguro médico patrocinado por el empleador, y la incapacidad de cubrir por cuenta propia la cobertura aun cuando se la ofrezcan.



Es enorme la evidencia de que la manera más efectiva de reducir las disparidades raciales y étnicas es sólo a través de la expansión y preservación de los programas públicos, los cuales tienen probados antecedentes de servir a las minorías de bajos ingresos.<sup>13</sup> Medicaid y SCHIP tiene ya el sistema administrativo en marcha para inscribir beneficiarios y pagar

a las fuentes proveedoras y han demostrado cuán abiertos pueden ser cuando se incrementa el desempleo y decrece el ingreso familiar. De acuerdo a Lillie-Blanton y Hoffman, varios cambios en las políticas públicas tendrían un considerable impacto en la cobertura de seguro para las minorías. Por ejemplo, un estimado de 74 por ciento de los 23 millones de la minoría sin seguro podría ser cubierto a través de Medicaid y SCHIP para:

1. Expandir los esfuerzos de promoción e inscripción para asegurar que todos los niños que sean elegibles, niños en familias de ingresos por debajo del 200 por ciento de pobreza, sean inscritos en estos programas (aproximadamente 4.6 millones de niños de las minorías de bajos ingresos).
2. Expandir la cobertura a los padres de los niños inscritos en estos programas (aproximadamente 5.0 millones de padres de las minorías de bajos ingresos).
3. Y expandir la cobertura a los adultos de bajos ingresos sin niños a su cargo (aproximadamente 7.5 millones de adultos).<sup>14</sup>

## Conclusión

El problema de las disparidades raciales y étnicas en la salud ha sido muy bien documentado. Aunque muchas fuentes contribuyen a estas disparidades, y existen algunas oportunidades para tratar este asunto, incrementar el acceso a la cobertura de seguro médico es vital para cerrar la brecha.

Los programas públicos tienen probados antecedentes por incrementar el acceso y mejorar la atención de millones de integrantes de las minorías raciales y étnicas. En los hechos, existen algunos modelos para tratar pacientes de las minorías y reducir las disparidades originadas en programas del sector público, tales como la recolección de datos sobre minorías raciales y étnicas y disponer de intérpretes calificados para pacientes con conocimientos limitados del inglés. Infortunadamente, estos programas están actualmente en riesgo y las conversaciones para equilibrarlos nos han desplazado hacia la preservación en vez de la innovación.

Dar el rol vital que los programas públicos juegan en la vida de las minorías raciales y étnicas, cualquier esfuerzo para reestructurarlos, equilibrarlos, o recortarlos debe considerar las necesidades únicas y las condiciones inferiores de salud de las minorías. A nivel de condiciones, las propuestas para reestructurar o alterar los programas de Medicaid deben considerar la proporción de minorías raciales y étnicas inscritas y cómo estos cambios afectarían las disparidades existentes. En forma similar, los cambios políticos propuestos a nivel federal deben incluir un análisis del impacto que estos cambios tendrían sobre las minorías, particularmente si la eliminación de estas disparidades es aún la meta del gobierno federal.

## Bibliografía

- <sup>1</sup> Fundación Family Kaiser, Desafíos políticos y oportunidades para acortar las separaciones en los cuidados de salud (Menlo Park, CA: Marzo 2005), disponible mediante: <http://www.kff.org/minorityhealth/7293.cfm>.
- <sup>2</sup> Sociedad Americana del Cáncer, Informaciones y Tablas del Cáncer, 2003 (Atlanta: Sociedad Americana del Cáncer, 2003), disponible mediante: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf>.
- <sup>3</sup> E. Richard Brown, Victoria D. Ojeda, Roberta Wyn, y otros. Disparidades raciales y étnicas en acceso a seguro médico y cuidados de salud (Los Ángeles: UCLA Centro de Investigación de Políticas de Salud y Fundación Family Kaiser, abril 2000), disponible mediante: <http://www.kff.org/uninsured/1525-index.cfm>.
- <sup>4</sup> Servicios Indoamericanos de Salud, Tendencias en la Salud de los Indoamericanos 2000-2001 (Washington: Servicios Indoamericanos de Salud), p. 7, disponible mediante: [http://www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/IHS\\_Stats/Trends00.asp](http://www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/IHS_Stats/Trends00.asp).
- <sup>5</sup> Comisión Kaiser sobre el Medicaid y los no asegurados, cobertura de seguro médico y acceso a cuidados de salud entre los asiaticoamericanos e isleños del Pacífico (Washington: Fundación Family Kaiser, junio 2000).
- <sup>6</sup> Andrew Karter, Assiamira Ferrara, Jennifer Liu, y otros. "Disparidades étnicas en las complicaciones de la diabetes en una población sin seguro, Periódico de la Asociación Americana de Medicina 287 (19), pp. 2519-2527.
- <sup>7</sup> Neil Calman, "Hacer de la igualdad en salud una realidad: El Bronx toma acciones", Asuntos de Salud 24(2), marzo/abril 2005, pp. 491-498.
- <sup>8</sup> Fundación Family Kaiser, op. cit.
- <sup>9</sup> Eugene Lewit, Courtney Bennet, y Richard Behrman, "Seguros Médicos para Niños: Análisis y recomendaciones," El Futuro de los Niños 13 (1), Primavera 2003, pp. 5-29.
- <sup>10</sup> Marsha Lillie-Blanton y Catherine Hoffman, "El rol de la cobertura de seguro médico en la reducción de las disparidades raciales/étnicas en cuidados de salud," Asuntos de Salud 24 (2), marzo/abril 2005, pp. 398-408.
- <sup>11</sup> Michelle M. Doty y Alyssa L. Holmgren, Acceso Desigual: Inestabilidad del seguro médico entre los trabajadores de bajos ingresos y las minorías (New York: El Fondo del Estado, abril 2004).
- <sup>12</sup> Fundación Family Kaiser, op. cit.
- <sup>13</sup> Edward M. Kennedy, "El rol del Gobierno Federal en la eliminación de las disparidades en la salud" Asuntos de Salud 24 (2), marzo/abril 2005, pp. 452-458.
- <sup>14</sup> Marsha Lillie-Blanton y Catherine Hoffman, op. cit.

Para mayores informaciones sobre las Iniciativas de Salud para las Minorías a cargo de FamiliesUSA, contáctese con Rea Pañares, Directora de Iniciativas de Salud para las Minorías o Briana Webster-Patterson, Ejecutiva del Programa mediante: [minorityhealth@familiesusa.org](mailto:minorityhealth@familiesusa.org) o llamando al (202) 628-3030.

