Published in final edited form as:

Hisp Health Care Int. 2010 March 1; 8(1): 23–35. doi:10.1891/1540-4153.8.1.23.

Disparidad en Salud: Un Fenómeno Multidimensional

Maria-Teresa Urrutia, PhD, MN, BSN and Rosina Cianelli, PhD, MPH, RN, FAAN

Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería, and University of Miami School of Nursing and Health Studies

Abstract

La Disparidad en Salud (DS) ha llamado la atención pública desde el siglo pasado, ha sido analizada desde diversas perspectivas y enfoques incluso variados términos han sido utilizados como sinónimos pudiendo llevar a confusión e inequidades al momento de su operacionalización. Sin embargo es importante señalar que las publicaciones coinciden en que la DS es uno de las determinantes esenciales a considerar al momento de definir políticas públicas. El propósito de esta publicación es analizar la disparidad en salud incorporando; a) los aspectos claves de su conceptualización, b) la evolución histórica del concepto, c) las estrategias que se han generado para enfrentarla, d) los factores considerados determinantes, y e) los aspectos éticos y la contribución de la investigación en la disminución de la DS.

Health Disparities (HD) have been at the center of public attention for the past century. They have been analyzed from diverse perspectives utilizing various terms as synonyms that can lead to confusion and inequality at the moment of operationalization. Despite this, it is important to indicate that publications agree that HD are essential determinants that must be considered in the definition of public policy. The objective of this publication is to analyze health disparities incorporating; (a) key aspects in their conceptualization, (b) the historic evolution of the concept, (c) strategies that have been generated to confront them, (d) determining factors, and (e) ethical aspects and the contribution of research in decreasing HD.

Keywords

health disparity; inequality; determining factors

El propósito de esta publicación es analizar la disparidad en salud incorporando: a) los aspectos claves de su conceptualización, b) la evolución histórica del concepto, c) las estrategias que se han generado para enfrentarla, d) los factores considerados determinantes, y e) los aspectos éticos y la contribución de la investigación en la disminución de la DS. Para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 10 años en las bases de datos Medline y CINAHL utilizando los descriptores: disparidad en salud, equidad en salud, desigualdad en salud y factores de riesgo. Los artículos seleccionados para esta revisión corresponden a aquellos que presentan una visión global del fenómeno en estudio y que describen mayoritariamente la situación en los Estados Unidos.

Es claro que el concepto de Disparidad en Salud (DS) ha sido utilizado con una gran cantidad de significados. Muchas veces el término disparidad es intercambiable con el

término desigualdad o inequidad, e incluso ha sido usado como sinónimo de diferencias en salud (Alleyne, Castillo Salgado, Schneider, Loyola, & Vidaurre, 2002).

El termino DS es un término casi exclusivamente usado en los Estados Unidos, mientras que los conceptos de inequidad en salud o desigualdad en salud son más comúnmente usados fuera de Estados Unidos (Alleyne et al., 2002).

Las diferencias en salud no tan sólo son innecesarias y evitables, sino que injustas. Se ha definido equidad en salud como el acceso, utilización y calidad del cuidado para todos, frente a una igualdad de necesidades. A fines de los años 90, emergió un debate internacional acerca del alcance de los términos “disparidad en salud” y “equidad en salud.” Durante los años 90, la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) jugó un rol activo en llamar la atención en torno al tema de desigualdad en salud y como se podía medir; sin embargo nuevos líderes terminaron la iniciativa que estaba asociada a la desigualdad, y cambiaron el foco hacia la nueva forma de medirla (Braveman, 2006).

Si nos basamos en la definición de disparidad como diferencia, estudiar DS significaría estudiar todas aquellas diferencias en los indicadores de salud entre los diferentes grupos poblacionales, sin embargo el concepto focaliza específicamente en las diferencias que son evitables, imparciales e injustas. Se ha dicho que el foco son aquellos grupos poblacionales desaventajados (Braveman, 2006).

Si bien los conceptos están relacionados, desigualdad e inequidad son distintos. Desigualdad es simplemente una diferencia, mientras que inequidad es una diferencia injusta y evitable. Se debe tener presente que algo que es desigual no necesariamente es no equitativo. La claridad en las definiciones resulta crucial al momento de definir políticas en salud pública (Alleyne et al., 2002).

La equidad en salud vista desde la perspectiva de las necesidades, define una equidad horizontal, (igual tratamiento para una misma necesidad) y una equidad vertical (distintos tratamientos para diferentes necesidades, y especialmente mayores recursos para aquellas necesidades mayores) (Braveman, 2006). Por lo tanto al hablar de equidad en salud es necesario considerarla en el contexto de la utilización del cuidado en salud, la distribución de los recursos acorde a las necesidades, el acceso al cuidado y los resultados en salud (Braveman, 2006).

DS debe ser vista como una cadena de eventos, los cuales están marcados por las diferencias en el medio ambiente, el acceso y utilización de servicios de salud, el estado de salud, y particularmente los resultados en salud (Alleyne et al., 2002). Recursos, distribución, acceso, utilización, resultados son términos considerados como parte de las definiciones de DS. Un factor que no debe olvidarse al valorar la equidad es la comparación de la salud y sus determinantes entre los diferentes grupos poblacionales (Braveman, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió operacionalmente la equidad en salud como: “minimizar las disparidades evitables junto con sus determinantes entre las personas que tienen diferentes niveles de privilegios o ventajas, como son los diferentes niveles de poder, riqueza o prestigio dada su posición dentro de la sociedad”. Nótese que las ventajas sociales se ven reflejadas en el nivel socioeconómico, el género, la etnia y la edad entre otras (Braveman, 2006).

Si bien el término de equidad puede ser más apropiado, el término de disparidad ha sido ampliamente usado en el ambiente político y de investigación (Northington & Stone, 2006). El concepto implícito en DS es la presencia de más de un grupo de personas, y por lo tanto las diferencias que existen entre 2 o más grupos. La comparación entre grupos más y menos

desaventajados, muchas veces ha sido referida como la comparación entre los mejores y los peores (Alleyne et al., 2002; Braveman, 2006). Al hablar de grupos poblacionales, las definiciones de DS apuntan a las características de los grupos, los cuales pueden ser definidos socialmente, económicamente, demográficamente y geográficamente (Braveman, 2006).

Al hablar de DS, junto con el concepto de inequidad emerge otro concepto: el de diferencia. Las diferencias en DS son más bien sistemáticas que fortuitas o aleatorias. En Estados Unidos se ha asumido y priorizado el referirse a las diferencias raciales o étnicas, sin embargo existen definiciones, como la de la oficina de minorías en salud del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que incluye diferencias de género, educación, ingreso, discapacidad, ubicación geográfica y orientación sexual (Braveman, 2006; Northington & Stone, 2006). Si bien la eliminación de disparidad es más que eliminar la disparidad en el cuidado de la salud (Braveman, 2006), en general el tema se circunscribe a la disparidad en el estado de salud, en el acceso y en la calidad del cuidado (Northington & Stone, 2006).

Los problemas asociados a la DS son aquellos relacionados a la incidencia, prevalencia, mortalidad y carga de una enfermedad (Braveman, 2006). Determinar aquellas disparidades que son evitables no es simple. Desigualdades basadas en edad son generalmente consideradas inevitables, desigualdades genéticas pueden ser parcialmente evitables. Sin embargo otras desigualdades como son aquellas producto de la elección libre de conductas, son altamente evitables (Alleyne et al., 2002).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) analiza los focos de disparidad a 2 niveles, uno de ellos a nivel de los sistemas de salud, el cómo operan y el marco regulatorio legal, y el otro nivel es la discriminación a nivel individual, paciente-proveedor (Institute of Medicine, 2003).

El IOM distingue claramente las diferencias entre disparidad y discriminación. Disparidad en salud la define como las diferencias raciales y étnicas en la calidad del cuidado, las cuales no se deben a factores relacionados al acceso o necesidades clínicas, preferencias o intervenciones apropiadas. Discriminación es definida como las diferencias en el cuidado que resulta de sesgos, prejuicio, estereotipos, e incertidumbre en comunicación y toma de decisiones. Sin embargo ambos conceptos permanecen relacionados en muchas de las publicaciones en torno al tema (Institute of Medicine, 2003).

Una Mirada Histórica A La Disparidad En Salud

Desde la perspectiva histórica, DS ha sido un tópico de interés público hace más de 100 años. En la historia reciente de los Estados Unidos, se remonta al año 1985, con el reporte de Margaret Heckler bajo la administración del presidente Reagan. El hecho de existir una disparidad continua en muerte y enfermedad en la población de color y en otras minorías, comparadas con la población como un todo, fue la principal motivación de dicho reporte (Kumanyika & Morssink, 2006).

Dicho reporte es considerado un hito clave, al colocar el estado de salud desaventajado de los grupos minoritarios en la agenda de políticas de salud en los Estados Unidos. En el informe se estudian más de 40 causas de muerte y se identifican 6 causas que explican más del 80% del exceso de muertes: enfermedades cardiovasculares, cáncer, homicidio y daño no intencional, diabetes, mortalidad infantil y cirrosis hepática, con algunas notables diferencias entre los grupos. Este informe sirvió claramente como referencia para evaluar el progreso relacionado a DS, definido en ese entonces, como la habilidad de reducir el número de muertes excesivas (Kumanyika & Morssink, 2006).

El presidente Clinton anunció en su administración una serie de iniciativas ambiciosas para eliminar, no tan solo reducir, la disparidad en salud para el año 2010. En esa oportunidad, 4 de las 6 condiciones reportadas en el gobierno de Reagan fueron nuevamente incluidas en este periodo: mortalidad infantil, enfermedad cardiovascular, cáncer y diabetes (Kumanyika & Morssink, 2006). Cabe señalar que el segundo objetivo de Healthy People 2010 es eliminar la disparidad en salud entre los subgrupos de población (Keppel, Percy, & Klein, 2004).

Históricamente el progreso en DS ha resultado del entre juego de investigación y acción política. Muchas veces los líderes de comunidades minorías deliberadamente han transformado su conocimiento acerca de disparidad e injusticia en proyectos científicos (Northington & Stone, 2006). De hecho, se ha planteado que la investigación en DS se hizo como una forma de protestar, tanto como un recurso para futuras protestas o acciones políticas (Northington & Stone, 2006). Desde este punto de vista, la disparidad puede ser descrita bajo un patrón histórico de segregación y discriminación (Institute of Medicine, 2003).

Se ha dicho que Estados Unidos es una sociedad altamente desigualitaria y que su sistema de salud (Exworthy & Washington, 2006 ; Gibbons, 2006) contribuye aun más a esta desigualdad, a través de problemas en el acceso, uso y resultados en salud (Exworthy & Washington, 2006). Cabe señalar al respecto que el IOM señala que en muchos sectores de la vida en USA la disparidad racial y étnica ha existido (Institute of Medicine, 2003).

Algunas Estrategias Para Enfrentar La Disparidad En Salud

Son muchas las estrategias descritas para la eliminación de la DS (Exworthy & Washington, 2006), siendo necesario establecer estrategias a diferentes niveles (American College of Obstetricians and Gynecologists committee, 2005; Institute of Medicine, 2003). Al respecto, cabe señalar que los intereses políticos y económicos, han afectado tanto las explicaciones como las respuestas a la DS (Jones, 2006).

La disparidad en el estado de salud no debe ser confundida con la disparidad en el cuidado de la salud. La disparidad en el cuidado de la salud no logra remediar toda la disparidad en el estado de salud, dada su multicausalidad que tiene. Cabe reconocer que la disparidad está arraigada en circunstancias socioeconómicas, que se extienden más allá del cuidado de la salud propiamente tal (Exworthy & Washington, 2006).

Los determinantes sociales han sido parte de los factores que explican en parte la DS: demora en solicitar tratamiento debido a inadecuados seguros de salud, dificultades en la navegación del sistema de salud dado por las barreras de idioma o la desconfianza, entre otros, y finalmente el sesgo y la discriminación por parte de proveedores y cuidadores de salud, hacia los grupos minoritarios. Si bien los determinantes sociales en salud tienen un mayor peso en explicar la DS, el foco de la mayoría de las políticas ha sido fundamentalmente en lo referente al cuidado de la salud (Exworthy & Washington, 2006). Las políticas en disparidad varían según el tipo de organización, estado y localidad que se analice (Exworthy & Washington, 2006).

Son muchas las barreras que afectan la receptividad de políticas para mejorar la DS (Exworthy & Washington, 2006). Dentro de ellas se destacan el medio ambiente amplio donde es difícil aislar los factores que afectan el cuidado de la salud, el modelo médico prominente el cual no es el más apropiado para el abordaje de la disparidad, y finalmente el hecho que la disparidad no es vista, muchas veces, como algo urgente. A nivel organizacional las políticas se presentan como de corto plazo y muchas veces fragmentadas (Exworthy & Washington, 2006).

A nivel clínico un gran número de clínicos no están enterados de la DS y como influir en ella, existiendo resistencia a aceptar que existe. Es necesario por lo tanto incentivar cambios, los cuales deben ser contextualizados en términos de mejorar la calidad (Exworthy & Washington, 2006). Dentro de las recomendaciones del IOM es incrementar la conciencia de disparidad entre los proveedores de salud (Institute of Medicine, 2003). El desafío para las instituciones es mover sus propias políticas de una posición marginal a una mucho más integrada a la rutina, estructura y procesos de la organización (Exworthy & Washington, 2006).

Reducir la disparidad en salud requiere de una organización social y una acción colectiva (Ruger, 2005), es por eso que una de las críticas que se hicieron a los primeros reportes en Estados Unidos cercano al año 1985 fue que se minimizaron las intervenciones en salud al solo hecho de educar a la población, mantener comunicación entre las agencias e investigar (Northington & Stone, 2006). Si bien estos primeros reportes tuvieron algunos alcances, se debe reconocer que se logró un objetivo muy relevante, el hecho de colocar el tema en la agenda política y de investigación (Northington & Stone, 2006). Algunos sucesos posteriores a los reportes anteriormente señalados, fueron la creación de la oficina de minorías en salud por parte del CDC (Northington & Stone, 2006; Thomas, Benjamin, Almario, & Lathan, 2006) y la creación de la oficina en el NIH de investigación en salud de minorías, la cual posteriormente fue elevada a la categoría de centro (Northington & Stone, 2006; Thomas et al., 2006).

Otros dos hitos importantes son descritos en la literatura en cuanto a DS, uno de ellos es el reporte del IOM, enmarcado más bien como un problema de comprensión de las causas a través de una investigación científica, y por otro lado está el reporte de la comisión de derechos civiles, el cual enmarca la DS principalmente como un problema de acción política y legal (Northington & Stone, 2006).

Hay una serie de situaciones en las cuales el mundo científico puede contribuir a la DS, uno de ellos es focalizar los esfuerzos en las causas de DS y desarrollar estrategias de intervención. Otra alternativa es focalizar las investigaciones en identificar las causas de DS en términos de recursos humanos, por ejemplo identificar decisiones de los sistemas de salud que perpetúan dicha disparidad (Northington & Stone, 2006).

Dentro de las estrategias a nivel educacional, se destacan aquellas que consideren aumentar el reclutamiento de estudiantes (American College of Obstetricians and Gynecologists committee, 2005) y profesores de los grupos minoritarios (Allan & Gilliss, 2003; American College of Obstetricians and Gynecologists committee, 2005). Los profesionales minoritarios pueden entregar cuidados de mayor efectividad a pacientes de su propia etnia, sin embargo estos profesionales no están representados adecuadamente dentro de las profesiones de la salud como tampoco en puestos de liderazgo, siendo claramente no proporcional al porcentaje de población que vive en Estados Unidos (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong, 2003).

Las escuelas de enfermería en particular, tienen una responsabilidad en una serie de acciones: enseñar técnicas participativas, asegurar que los cursos estén basados sólidamente en conceptos de cultura más que en individuos, y en reclutar minorías dado que muchas de esas minorías retornan a sus comunidades a dar atención en salud (Flaskerud, 2007).

Otro aspecto relacionado a educación es lo referente a las características de los programas que se imparten en las escuelas universitarias. Se ha señalado que las características de los programas universitarios en los cuales los alumnos del área de salud participan, pueden predecir el lugar y tipo de trabajo que desarrollará una vez obtenido su título profesional

(Ko, Heslin, Edelstein, & Grumbach, 2007), lo que claramente es un ejemplo de cómo las políticas de DS debieran llegar a diferentes ámbitos.

Asociado al punto anterior se encuentra el concepto de guiar o servir de mentor a investigadores y estudiantes jóvenes interesados en DS (Green, Rivers, & Arekere, 2006). Cabe señalar que una buena guía o mentor determina la capacidad de retener a investigadores en el área, entrenarlos y prepararlos para desarrollar investigación en DS (Green et al., 2006).

Factores Determinantes De Disparidad En Salud

Al estudiar DS es importante considerar las variaciones que existen entre y dentro los grupos de estudio, las cuales pueden deberse al país de nacimiento, número de años en los Estados Unidos, prácticas y creencias culturales, religión, ingreso económico, nivel educacional, acceso al cuidado de la salud, entre otros (Kumanyika & Morssink, 2006). Todo esto dado que se señala que la salud de un individuo es el resultado de la genética del individuo, ingreso, nivel educacional, comportamientos en salud, comunidad en la cual vive, y el medio ambiente en el cual está expuesto (Lurie & Dubowitz, 2007).

A continuación, serán descritos los diferentes factores considerados determinantes de DS por la literatura (Cuadro 1).

Factores Socioeconómicos

La disparidad en salud está altamente asociada a factores socioeconómicos (Davis, Cook, & Cohen, 2005; Institute of Medicine, 2003; Kirby, Taliaferro, & Zuvekas, 2006; Weisfeld & Perlman, 2005), los cuales se encuentran interrelacionados entre sí, ya que se sabe que una enfermedad raramente puede ser causada por un solo factor de riesgo (Olden & White, 2005).

Se ha descrito que una clara comprensión de la etiología de las enfermedades se logra a través del conocimiento de cómo la genética, el medio ambiente y los comportamientos interactúan entre sí. Una de las barreras importantes para lograr una comprensión adecuada, es la falta de investigaciones interdisciplinarias (Olden & White, 2005).

Generalmente se considera la educación y el ingreso económico como los indicadores más claros de nivel socioeconómico (Sudano & Baker, 2006). Junto a factores individuales socioeconómicos y psicosociales, el lugar de residencia y sus características presenta un efecto independiente en salud (Lurie & Dubowitz, 2007; Weisfeld & Perlman, 2005), y por lo tanto ha sido señalado como uno de los determinantes de DS (Institute of Medicine, 2003; Kirby et al., 2006).

La influencia que genera el lugar de residencia es a través de diferentes vías. Una de ellas es el impacto que la disponibilidad geográfica de instituciones de salud puede tener en las minorías, independiente de la condición de seguro de salud (Institute of Medicine, 2003). Otra vía es la exposición a medios ambientes tóxicos y contaminación (Gee & Payne-Sturges, 2004; Lurie & Dubowitz, 2007; Olden & White, 2005) y por otro lado la falta de recursos comunitarios (Lurie & Dubowitz, 2007) y de salud (Gee & Payne-Sturges, 2004).

Cabe señalar que cada individuo, independiente de su raza, responderá de manera diferente a los agentes medioambientales (Olden & White, 2005), lo que hace aún más difícil establecer investigaciones en esta área. Por esto es que autores explican que el grado de estrés al cual el individuo está expuesto sería el factor determinante para desarrollar o no una determinada enfermedad o daño (Gee & Payne-Sturges, 2004). Cabe señalar que uno de los mayores estresores sería la discriminación racial (Gee & Payne-Sturges, 2004).

Al hablar de lugar de residencia, surge un término relacionado que es la segregación, definido como la separación espacial de grupos raciales de otros grupos (Gee & Payne-Sturges, 2004). Autores señalan que la segregación podría ser un resultado histórico de discriminaciones económicas o que es resultado de las propias elecciones realizadas por los grupos de minorías (Gee & Payne-Sturges, 2004). En relación a este último punto, se ha establecido que el lugar de residencia, más que un resultado de discriminación, resulta actuar como amortiguador de los estresores comunitarios (Gee & Payne-Sturges, 2004).

Por lo anterior, los esfuerzos en salud pública han sido claves en torno a este determinante, ya que han logrado mejorar las condiciones de las comunidades, así como promover comportamientos saludables entre sus integrantes (Lurie & Dubowitz, 2007).

El lugar de trabajo, y por lo tanto la exposición a sustancias dañinas ha sido también descrito como un determinante de DS, dado que el lugar de trabajo y las actividades a desarrollar no siempre son una materia de elección (Lipscomb, Loomis, McDonald, Argue, & Wing, 2006; Olden & White, 2005). Se ha señalado que aquellas personas con las más bajas posiciones ocupacionales se asocian a peores resultados en salud, además de sufrir más depresión, diabetes, enfermedad isquémica del corazón, artritis, dolores musculares, dolor de espalda y cefalea tensional, en comparación a personas con mejores posiciones laborales (Volkers, Westert, & Schellevis, 2007).

La disparidad en salud está altamente asociada a factores socioeconómicos, sin embargo no son los únicos factores, ya que al controlar por esta variable las diferencias raciales y étnicas continúan (Institute of Medicine, 2003).

Raza/Etnia

La base del debate es si la raza/etnia es un constructo biológico o social (Krieger, 2005; Tashiro, 2005), y de qué manera la disparidad racial/étnica es debido a diferencias genéticas innatas, al impacto biológico del pasado que ha producido la discriminación racial y económica, o ambos factores (Krieger, 2005). Determinados autores plantean que cualquier consideración de la raza como determinante de disparidad en salud, debe necesariamente considerar una investigación de las determinantes socioeconómicas involucradas (Sudano & Baker, 2006). Separar las causas biológicas y sociales resulta una tarea difícil (Gibbons, 2006), razón por la cual ha sido llamado “raza mezclada”, para poder referirse tanto a un constructo social como biológico (Tashiro, 2005).

Existen diferentes formas de analizar el concepto de raza como determinante en la disparidad en salud. Uno de ellos es ver la raza como una categoría biológica, una segunda perspectiva es verla como una forma de aproximación a la clase social y la estratificación socioeconómica, y una tercera perspectiva es verla como un constructo distinto, semejante a una casta, es decir ni como factor biológico, ni como representante de la clase (Kawachi, Daniels, & Robinson, 2005).

El análisis de la raza como constructo biológico, y por lo tanto la causa de la disparidad en salud, ha sido una explicación utilizada hasta nuestros días, sobre todo con el tema del genoma humano (Kawachi et al., 2005). Respuestas clínicas diferentes a la fármaco-terapia utilizada han sido descritas también como posibles causas para justificar la raza como determinante en DS (Gibbons, 2006).

La gran pregunta que debiera tenerse es si las poblaciones minorías tienen susceptibilidad intrínseca a enfermarse o si la historia de la disparidad vivida ha jugado un rol más poderoso en generar dicha vulnerabilidad (Jones, 2006). Sin embargo es importante clarificar que el hecho de asumir que las diferencias en la susceptibilidad genética podría explicar la

disparidad racial observada sería una grosera simplificación (Kawachi et al., 2005), por lo tanto como perspectiva única debiera ser desechada (Sankar et al., 2004).

La aproximación a la raza como representación de la clase social, se ha sustentado en dos puntos. Uno de ellos es que algunos grupos minorías están sobre-representados entre los grupos desventajados económicamente, y otro es que al ajustar por variables de clase, la disparidad racial se reduce considerablemente (Kawachi et al., 2005). Sin embargo es importante tener presente que la raza es un antecedente previo a la clase social, por lo tanto sería la raza la que influye en la clase social y no al revés (Kawachi et al., 2005).

Por lo anterior es importante considerar ambos factores juntos, ya que no se puede analizar la raza sin analizar el efecto de la disparidad de clase, es decir interacciones potenciales deben ser consideradas entre raza y clase social. Un factor importante de considerar la raza como un co-determinante de salud, es que su inclusión permite considerar su influencia en la salud a través de vías independientes, como son las experiencias de discriminación o las diferencias culturales en los estilos de vida (Kawachi et al., 2005).

Es importante sin embargo señalar, que la DS puede estar reflejando un sesgo racial inconsciente que no ha sido completamente erradicado (Gibbons, 2006; Sankar et al., 2004). Por lo tanto al investigar y hablar de raza, es importante aclarar el uso que se le está dando al término, evitando asunciones de diferencias biológicas (Thomas, 2001). Por otro lado es importante tener en consideración que una sobrestimación de la raza como determinante de DS tiene el riesgo de no dar la importancia debida a los otros factores involucrados (Sankar et al., 2004).

Autores intentan reconciliar el concepto que todos somos miembros de una misma raza, con una realidad cotidiana que señala que no todos somos tratados con el mismo grado de dignidad humana (Jones, 2006). Si bien la disparidad se refiere a aspectos que van más allá de la raza, se dice que el enfoque en este determinante ha sido más bien por razones políticas, históricas y filosóficas (Northington & Stone, 2006), incluyendo la historia de segregación y discriminación (Institute of Medicine, 2003). Al respecto se ha establecido que las experiencias de discriminación, vividas por las minorías fuera del ámbito de salud, afectan sus propias percepciones y respuestas en el sistema de salud (Institute of Medicine, 2003), de esta manera el racismo resulta ser un determinante en DS.

Idioma

Las diferencias en el idioma se transforman en un gran desafío al momento de proveer cuidado en salud y realizar investigaciones en el área de DS (Brooten & Youngblut, 2005; Kirby et al., 2006).

Estudios de satisfacción con la atención recibida, establecen que el idioma es una variable significativa (Saha, Arbelaez, & Cooper, 2003), transformándose en una gran barrera para muchos de los pacientes (Ashton et al., 2003; Institute of Medicine, 2003). La comunicación sin un intérprete, cuando existe una barrera mínima en el idioma, es reconocida como un desafío mayor para brindar un cuidado efectivo de salud (Betancourt et al., 2003). Es sabido que las dificultades en el idioma pueden empeorar la efectividad del cuidado (Lurie & Dubowitz, 2007).

Una de las recomendaciones del IOM es apoyar el uso de intérpretes, donde sea necesario y según las necesidades de las comunidades (Institute of Medicine, 2003). Sin embargo el costo que esto significa para las instituciones ha sido una de las principales barreras para su implementación (Ashton et al., 2003). Se debe tener presente las características de las personas que traducen, ya que estas deben ser acordes al grupo que están siendo destinado

(Brooten & Youngblut, 2005). Al respecto se solicita precaución con el uso de niños (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005) y familiares en general (Ashton et al., 2003) en la tarea de traducción en el ambiente clínico.

Calidad del Cuidado

La calidad del cuidado es vista y medida de manera diferente, dependiendo la perspectiva considerada. Desde la perspectiva del paciente, la calidad del cuidado puede ser medida como la accesibilidad al cuidado, el proceso inter-personal proveedor-usuario, o por los resultados en salud (Shoultz, Fongwa, Tanner, Noone, & Phillion, 2006).

El acceso a la salud es un término que abarca una serie de condiciones que interactúan complejamente entre sí. Las diferencias en el acceso a la salud ha sido una de las explicaciones entregadas a la DS (Ashton et al., 2003). Cabe señalar que el manejo de la disparidad en salud, no es sinónimo de mejorar el acceso a salud solamente ya que políticas que afecten el sistema público y las determinantes no médicas de salud son también necesarias (Lurie & Dubowitz, 2007). El acceso a salud debe ser logrado de un ínter juego entre cuidado de salud, salud pública y factores sociales (Lurie & Dubowitz, 2007).

Las barreras estructurales al acceso se presentan cuando los pacientes son enfrentados al desafío de obtener un cuidado de salud en un sistema complejo, burocrático, arcaico o sin financiamiento. Procesos burocráticos, como largas esperas por atención, han sido citados como barreras en el acceso a la salud (Betancourt et al., 2003).

Una de las medidas que permiten mejorar el acceso y por lo tanto eliminar la DS es contar con un seguro de salud. Una de las intervenciones propuestas por el IOM es incrementar el acceso igualitario a los planes de salud (Institute of Medicine, 2003). Estudios señalan que si bien no es el único factor que influye, es uno de los factores principales a considerar (Kirby et al., 2006; Lillie-Blanton & Hoffman, 2005; Sudano & Baker, 2006; Weisfeld & Perlman, 2005). El colegio americano de médicos señala que todos los pacientes, independiente de su raza, origen étnico, nacionalidad, idioma o religión merece un cuidado de alta calidad, y una de las medidas es contar con un seguro de salud; todo esto dado que las minorías son desproporcionadamente representadas en la población sin seguro (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005).

Cabe señalar que la presencia de seguro de salud por sí sola no es suficiente, ya que no garantiza el acceso 100% a la salud, ni mucho menos a un cuidado de alta calidad (Lurie & Dubowitz, 2007). La disparidad en el cuidado, incluso en aquellos con acceso a salud, resulta igualmente preocupante (Betancourt et al., 2003).

En relación al proceso interpersonal proveedor-usuario, son muchos los factores que se involucran en el contexto clínico y que deben ser considerados al hablar de DS. Los proveedores tienen un rol importante en el proceso, uno de los puntos bien discutidos ha sido el concepto de estereotipos que el ser humano aplica. Al respecto hay evidencia que cuando las personas asignan características a un individuo, ellos inconscientemente y automáticamente asignan una serie de características del grupo al cual el individuo pertenece, proceso que se refiere a la aplicación de estereotipos (van Ryn & Fu, 2003). De esta manera las categorías sociales influyen, automáticamente e inconscientemente la forma en que percibimos a las personas, y por lo tanto la forma en la cual interpretamos sus comportamientos (van Ryn & Fu, 2003).

Los estereotipos afectan las interacciones interpersonales. Estos estereotipos pueden darse de manera explícita e implícita, esta última pudiendo llevar una característica negativa asociada a la raza o etnia (Institute of Medicine, 2003). Los estereotipos guían las

expectativas en formas sistemáticas, de hecho muchas veces los médicos han sido entrenados en la aplicación de prototipos o constelaciones de estereotipos (Institute of Medicine, 2003).

Creencias en torno a prácticas o resultados de salud han sido consideradas causas en DS (Gibbons, 2006). La creencia que tenga el proveedor puede influenciar la interpretación de los problemas o síntomas que tenga el paciente. Existen estudios que muestran que los observadores asignan diferentes significados al mismo comportamiento dependiendo de la raza, la clase, u otra característica demográfica del individuo (van Ryn & Fu, 2003). Las creencias respecto del paciente y sus síntomas influenciarán la decisión clínica del proveedor de la salud, a su vez las creencias influenciarán el comportamiento que el proveedor tenga, siendo más o menor participativo, o permitiendo o no hacer preguntas por ejemplo (Van Ryn & Fu, 2003).

Por otro lado el comportamiento del proveedor influirá en la satisfacción que tenga el paciente, así como el grado de confianza, auto eficacia, conocimiento y finalmente el comportamiento en torno al problema. A su vez el comportamiento del paciente también influirá las creencias que el proveedor tenga en torno al paciente (van Ryn & Fu, 2003). De esta manera se completa un círculo de influencias en torno a la aplicación de estereotipos.

Al respecto autores señalan como determinante el concepto de prejuicio, el cual se encuentra muy cerca del concepto de estereotipo. Los prejuicios en torno a las minorías son mucho más comunes. Si bien los proveedores de salud reconocen que los prejuicios son aborrecibles, al igual que otros miembros de la sociedad, no pueden reconocer manifestaciones de prejuicios en sus propios comportamientos (Institute of Medicine, 2003). Investigaciones sugieren que tanto las decisiones asociadas al diagnóstico y tratamiento, así como los sentimientos acerca de los pacientes, son influenciados por la raza o la etnia (Institute of Medicine, 2003).

El prejuicio y los estereotipos influyen en la interacción con el paciente, así como también la reacción que el paciente tiene, también puede contribuir a esta disparidad. Por otro lado, cualquier grado de incertidumbre que un proveedor tenga en torno a la condición del paciente puede contribuir a la disparidad en el tratamiento. Cualquier perturbación en la comprensión de síntoma y signos, llevara a un desacuerdo entre las necesidades del paciente y el tratamiento prescrito (Institute of Medicine, 2003).

Las características de los proveedores de salud, es uno de los factores que influiría como determinante de DS, ya que estaría íntimamente relacionado con mejores resultados en el proceso interpersonal “proveedor-usuario” (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005; Institute of Medicine, 2003). Una de las recomendaciones del IOM es aumentar la proporción de minorías entre los profesionales de salud (Institute of Medicine, 2003), dado que la concordancia racial conlleva a una mayor satisfacción de los pacientes, una mayor participación en el proceso y una mayor adherencia al tratamiento (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005; Institute of Medicine, 2003). Al respecto, se han descrito que diferencias en la calidad de la relación entre paciente y médico, parecen estar influenciadas por la raza o etnia del médico (Saha et al., 2003).

Por lo anterior, una de las formas que se sugiere puede mejorar la atención es promover la consistencia y equidad del cuidado a través del uso de guías basadas en evidencia. Otro aspecto importante que debe ser considerado y que ha sido recomendado por el IOM, es incentivar el trabajo multidisciplinario en las áreas de tratamiento y cuidados preventivos (Institute of Medicine, 2003).

La presión de tiempo en la atención, es otro factor que influye el sistema clínico (Shoultz et al., 2006) y por lo tanto en la interacción proveedor-usuario. En el proceso de cuidado, los proveedores de salud deben tomar decisiones en torno a los pacientes muchas veces sin una completa y detallada información (Institute of Medicine, 2003).

La respuesta de los pacientes puede también ser una fuente de disparidad en salud. Es comprensible que el rechazo de los pacientes o la desconfianza, genera menor compromiso de los proveedores y esto a su vez perpetua la respuesta negativa de los pacientes (Institute of Medicine, 2003). Sin embargo, la desconfianza y el rechazo que expresa el paciente, muchas veces se debe a experiencias de discriminación que han vivido en otros contextos. Cabe señalar que es el proveedor de salud el actor más poderoso en esta situación, por lo tanto al cual deben dirigirse las intervenciones para mejorar esta situación (Institute of Medicine, 2003). La calidad del cuidado puede verse afectada por la relación proveedor usuario llevando al incremento en la DS cuando la relación de poder esta presente. Putsch and Pololi (2004) señalan la relación de poder como una de las fuentes de exclusion en la entrega de los cuidados de salud por parte de los proveedores.

Gran cantidad de literatura ha examinado las diferentes facetas de la compleja relación entre cuidado de salud y la comunicación (Ashton et al., 2003; Gibbons, 2006), y ha sido un tema de interés desde la década de los 60 (Ashton et al., 2003). Se estima que cerca del 70% de la variabilidad en la calidad del cuidado entre diferentes proveedores se debe a factores de comunicación durante la visita (Gibbons, 2006). Problemas de comunicación entre proveedores y pacientes que hablan diferentes idiomas son los problemas más ampliamente reconocidos (Ashton et al., 2003; Betancourt et al., 2003; Gibbons, 2006). Sin embargo es necesario reconocer que el problema de comunicación va mas allá que la diferencia de idioma (Gibbons, 2006), y que los problemas de comunicación ocurren incluso cuando se habla el mismo idioma (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005; Ashton et al., 2003).

El contexto comunicativo, puede ser visto de dos maneras: una es la comunicación focalizada en los aspectos relacionados con el tratamiento o “cura” de la enfermedad, como son los signos, síntomas o efectos colaterales, llamada comunicación instrumental, y otra en la comunicación focalizada en las conductas orientadas al “cuidado”, como son los sentimientos y las emociones, llamada comunicación socioemocional (Gibbons, 2006). Una clara comunicación entre pacientes y proveedores es una parte esencial en la relación (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005 ; Betancourt et al., 2003), ya que este factor puede llegar a ser el impedimento para obtener cuidados de salud óptimos (Shoultz et al., 2006). Una buena comunicación ha sido relacionada a una mejor satisfacción por parte de los pacientes y a una mayor adherencia a las recomendaciones que da el médico (Ashton et al., 2003).

La comunicación considera lo que el proveedor dice, cómo lo dice, cuánto tiempo habla con el usuario, cuan interesados están, si el profesional recuerda lo que el paciente dijo, y si hubo intento en ayudar al paciente y la familia (Shoultz et al., 2006). Por otro lado se describen diferentes formas con las cuales el paciente puede influir en el comportamiento del doctor (Ashton et al., 2003), pacientes que preguntan mas y demuestran más preocupación reciben mayor información por parte del profesional (Ashton et al., 2003).

Se ha descrito que la probabilidad que un síntoma puede ser resuelto en un menor tiempo depende de cuánto permite el proveedor de salud que exprese los síntomas, expectativas, pensamientos y sentimientos (Ashton et al., 2003).

Es necesario una congruencia entre la explicación que da el proveedor de salud al problema y la que atribuye el paciente, y esto depende directamente de la calidad de la comunicación

establecida por ellos. La comunicación que se establezca a su vez puede también ser afectado por la raza y etnia que el doctor y el paciente tengan, ya que los diferentes grupos étnicos prefieren diferentes estilos de comunicación (Ashton et al., 2003).

La comunicación en salud debe ser vista dentro del contexto de la cultura y el idioma (Shoultz et al., 2006), y se define como el estudio y uso de métodos para informar e influenciar las decisiones de individuos y comunidad (Freimuth & Quinn, 2004). La comunicación sola, sin un medio ambiente que lo sustente, no es efectiva en lo referente a cambios de comportamientos (Freimuth & Quinn, 2004). Hay mucho que aprender en relación a intervenciones que aprecien la complejidad de la cultura, y que luego evalúen el impacto de los programas en la eliminación de la disparidad en salud (Freimuth & Quinn, 2004). Por lo tanto, los profesionales están llamados a utilizar el mayor rango de estrategias posible en comunicación, para lograr eliminar la disparidad (Ashton et al., 2003 ; Freimuth & Quinn, 2004).

Un aspecto relacionado a una buena comunicación en el ámbito de la salud, es el llamado alfabetismo en salud, el cual se define como la habilidad en leer y comprender el material relacionado a salud (Gibbons, 2006) o mas completamente como el grado en el cual los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender, información básica y los servicios necesarios para hacer decisiones en salud apropiadas (Lloyd, Ammary, Epstein, Johnson, & Rhee, 2006).

Pocas herramientas en alfabetismo en salud, son un obstáculo significativo para poder acceder completamente a un cuidado médico efectivo (Gibbons, 2006). Las preferencias de los pacientes, sin una completa comprensión de las opciones de tratamiento, pueden ser por lo tanto una fuente de disparidad racial y étnica en el cuidado (Institute of Medicine, 2003). Muchas veces el rechazo de tratamiento y más comúnmente la poca adherencia a él, son el resultado de una falta de conocimiento, malas experiencias previas en el sistema de salud, falta de comprensión, entre otras (Institute of Medicine, 2003).

Una de las recomendaciones del IOM es implementar programas de educación a pacientes que incrementen el conocimiento de cómo acceder al cuidado y como participar en las decisiones de que tratamiento seguir (Institute of Medicine, 2003). El alfabetismo en salud en un importante componente para mejorar la calidad del cuidado (Lloyd et al., 2006 ; Sentell & Halpin, 2006), mejorar su efectividad (Lurie & Dubowitz, 2007) y eliminar por lo tanto la DS (Lloyd et al., 2006 ; Sentell & Halpin, 2006).

Las personas que tienen un alfabetismo en salud más bajo son los adultos mayores, las minorías raciales y étnicas, las personas con baja educación, las personas con bajo ingreso económico, las personas que hablan inglés como segunda lengua, y las personas con compromiso del estado de salud (Lloyd et al., 2006). La satisfacción usuaria mejora al controlar la variable de alfabetismo en salud (Saha et al., 2003).

El alfabetismo en salud es un factor asociado a lo que se llama competencia cultural (Gibbons, 2006), término que se refiere al proceso continuo de luchar por lograr conocimiento, herramientas y habilidades para trabajar efectivamente en el contexto cultural del cliente o colega (Giger et al., 2007). Competencia cultural va más allá que la mera comprensión de la raza (Giger et al., 2007).

Las recomendaciones en torno a este tema, hechas por entidades como la Academia Americana de Enfermería apuntan a las áreas de educación, práctica clínica e investigación, entre otras (Giger et al., 2007). En educación, hablar de competencia cultural requiere contar con conocimiento, herramientas, competencias básicas y habilidades de los profesionales de salud; todas estas características deben desarrollarse en el ámbito educacional a través de la

integración de contenidos en el currículo que les permitan lograr un desarrollo de sensibilidad y competencias específicas (Giger et al., 2007). En la práctica es necesario lugares culturalmente sensibles, asegurando el reforzamiento de las competencias culturales aprendidas en el aula. Investigación en el ámbito de las competencias culturales son necesarias, así como también para poder combatir la disparidad (Giger et al., 2007).

Una de las recomendaciones del IOM y del Colegio Americano de Médicos es integrar educación transcultural dentro del entrenamiento de actuales y futuros profesionales (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005 ; Institute of Medicine, 2003). Un gran desafío es determinar métodos efectivos de integración en los currículo y el desarrollo e implementación de estrategias apropiadas de intervención (Institute of Medicine, 2003). Por otro lado, los proveedores de salud debieran comprender y practicar, por su lado, un cuidado culturalmente competente (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2005).

El tema de competencia cultural ha surgido por diferentes razones, una de ellas es que la población en los Estados Unidos ha comenzado a ser más diversa, y otro motivo es que las investigaciones han mostrado que la buena comunicación con el proveedor se relaciona a una mejor satisfacción del paciente, mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados en salud (Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005). Las competencias culturales han sido reconocidas como factor influyente en disparidad en salud, particularmente en lo referente a efectos en el diagnóstico y en el tratamiento entregado (Selig, Tropiano, & Greene-Moton, 2006). Por lo tanto, a través de las competencias culturales se podría mejorar los resultados en salud, controlando los costos, y haciendo un cuidado más efectivo y eficiente (Betancourt et al., 2005).

La competencia cultural debe ser desarrollada a diferentes niveles. Una forma de integrar las competencias culturales en el ámbito clínico se puede lograr otorgando una diversidad en los proveedores de salud y ofreciendo servicios de interpretación adecuados (Betancourt et al., 2005). El término sensibilidad cultural surge también al hablar de competencia cultural, ya que una mayor sensibilidad permite una mayor satisfacción (Saha et al., 2003) con la atención recibida, y a su vez una reducción de la disparidad en salud.

Desafíos Para Enfrentar Las Disparidades En Salud

El análisis de que desigualdades son consideradas aceptables o inaceptables, lleva consigo un juicio ético. Al hablar de DS es importante considerar las diferencias en resultados de salud entre aquellos que son inevitables, parcialmente evitables y totalmente evitables (Alleyne et al., 2002). Es importante considerar las desigualdades en salud como moralmente inquietantes y a los esfuerzos en reducirlas como moralmente justificados (Ruger, 2005). La investigación en DS no tan solo debe revelar problemas en salud, sino que debiera dar un enfoque de tal manera que sea presentado como situaciones malas y moralmente erradas (Northington & Stone, 2006). Al respecto, es importante recordar las palabras de Martin Luther King “de todas las formas de discriminación y desigualdad, la injusticia en salud es la más conmovedora e inhumana” (Northington & Stone, 2006). Por lo tanto, eliminar la disparidad racial en salud es un tema de distribución de justicia (Northington & Stone, 2006).

Existen múltiples disputas en torno a la definición de conceptos, como también en relación a que determinantes de salud son o no evitables (Alleyne et al., 2002). Al respecto es importante considerar que todos los individuos debieran tener igual capacidad de ser saludables (Ruger, 2005).

Si bien la investigación ha ganado fuerza en DS, aun permanecen una serie de preguntas en torno a cómo crear políticas que sustenten los temas y como traspasar los resultados a la acción (Northington & Stone, 2006). Una de las recomendaciones del IOM es conducir investigaciones que identifiquen fuentes de disparidad racial y étnica, logrando identificar aquellas barreras éticas o de otro tipo para eliminar la disparidad (Institute of Medicine, 2003). Las investigaciones focalizadas en minorías son esenciales para comprender de que manera los factores biológicos versus los medioambientales juegan un rol en las tasas de enfermedad (American College of Obstetricians and Gynecologists committee, 2005).

Existen muchos modelos o métodos publicados que intentan explicar la problemática de DS y sugieren como medirla (Abrams, 2006 ; Berkowitz & McCubbin, 2005 ; Braveman, Egerter, Cubbin, & Marchi, 2004 ; Kilbourne, Switzer, Hyman, Crowley-Matoka, & Fine, 2006 ; Lipscomb et al., 2006 ; Olshansky et al., 2005 ; Ramirez, Ford, Stewart, & Teresi, 2005 ; Reifsnider, Gallagher, & Forgione, 2005 ; Soobader, Cubbin, Gee, Rosenbaum, & Laurenson, 2006 ; Stewart & Napoles-Springer, 2003 ; Sullivan-Bolyai, Bova, & Harper, 2005 ; Wallerstein & Duran, 2006). Uno de ellos es el modelo Socio-biológico Integrativo el cual sostiene que el individuo está siendo constantemente expuesto a estímulos medioambientales que impactan la salud. Estos estímulos son frecuentemente modificados, por otros estímulos indirectos, ya sea incrementando o atenuando sus efectos. Tanto los estímulos directos como los indirectos generan productos biológicos llamados marcadores. Si los estímulos o los productos biológicos sobrepasan las defensas regulatorias del cuerpo, la enfermedad ocurre. En este contexto el término medio ambiente es usado en un amplio sentido, por lo que el proceso anteriormente descrito puede desarrollarse a nivel celular, individual y poblacional. El desafío es planteado en términos que es necesario definir los estímulos en los tres niveles, y definir como estos factores se relacionan con otros; de esta manera se puede clarificar la relación entre los estímulos, el proceso y el resultado que se produce en la variable (disparidad) de interés (Gibbons et al., 2007).

Depende del foco de estudio es el resultado que se quiere lograr. Si el foco de DS es la mortalidad o el exceso de muertes, esto perpetúa la aproximación desde un punto de vista individual y de enfoque de servicios de salud (Kumanyika & Morssink, 2006). Si la perspectiva es poblacional, permite una visión más comprensiva y coherente de los factores que influyen la salud de la población apelando por un concepto de salud optima (no tan solo ausencia de enfermedad), incorporando temas críticos en ámbitos fuera de la salud y permitiendo metodologías participativas de investigación (Kumanyika & Morssink, 2006).

La perspectiva filosófica ha sido descrita como una forma de lograr una real comprensión de DS, dado que es más bien conservadora en la explicación de la génesis del problema (Gibbons, 2006). Marcos de referencias conservadores colocan la disparidad en términos de cuidado de salud, y ven las causas en términos de conductas de los pacientes, responsabilidad, empoderamiento y calidad del cuidado de salud, soluciones como mejorar el acceso incrementando la información tecnológica en salud o mejorando la actual red de seguridad en el sistema (Gibbons, 2006). Sin embargo los marcos de referencias más liberales, tienden a ver el problema como una disparidad en "salud", creyendo que dicha disparidad emana fundamentalmente de efectos residuales de problemas sociales grandes como el racismo, la pobreza y la segregación (Gibbons, 2006). Desde esta perspectiva las soluciones emanan de términos como competencia cultural, alfabetismo en salud, o incrementando la diversidad en la fuerza laboral por ejemplo (Gibbons, 2006). Es importante considerar y examinar los pros y contra de las diferentes aproximaciones a este tema (Kumanyika & Morssink, 2006).

Otro punto importante al hablar de investigación y DS es como medir la disparidad y a qué nivel medirla (Sue & Dhindsa, 2006). En general la disparidad es medida, entre los grupos

asociados a una determinada característica, como la desviación del mejor o del grupo más favorable (Braveman, 2006 ; Keppel, Bilheimer, & Gurley, 2007), o la comparación de la salud de un grupo que es definido como el grupo de referencia con la salud de otro grupo (Alleyne et al., 2002). Existen diferentes formas de comparar los grupos, en el contexto de la salud pública, el termino disparidad es la cantidad que separa un grupo de un punto de referencia en una particular medida de salud que es expresada en términos de tasa, proporción, promedio o alguna otra medida cuantitativa (Braveman, 2006 ; Keppel et al., 2004). Métodos más complejos son también posibles de utilizar (Braveman, 2006). Se debe clarificar que la aproximación en términos de valores absolutos y relativos son completamente diferentes (Alleyne et al., 2002 ; Keppel et al., 2004) pero complementarios (Keppel et al., 2004). Grandes diferencias relativas, no necesariamente implican grandes diferencias absolutas (Keppel et al., 2004). Las diferencias absolutas se recomiendan como medida secundaria. Se recomienda medir tanto lo relativo como lo absoluto para realmente dar un verdadero significado a los resultados encontrados (Alleyne et al., 2002).

Respecto del grupo estándar, es importante tener en consideración que el hecho que los “blancos” sean el estándar, lo cual está garantizado por la aventajada posición en la sociedad, también implica que los blancos son la norma, pudiendo confundirse con superioridad y distinción biológica (Kumanyika & Morssink, 2006). A su vez los subgrupos en su mayoría son definidos en términos de raza y etnia, genero, ingreso familiar y nivel educacional (Keppel et al., 2004).

Una de las aproximaciones es comparar las minorías con las no minorías, otra es comparar los resultados con la población general y otra es las diferencias entre segmentos de la población (Alleyne et al., 2002). Healthy People compara con el grupo mejor (Alleyne et al., 2002).

Por lo tanto al momento de planificar mediciones en DS, es necesario identificar qué aspecto de la salud se medirá, que grupos se compararan, elegir un grupo de referencia, decidir si se medirá en valores absolutos o relativos y seleccionar el peso social que tiene cada aspecto de salud que se medirá (esto si se decide medir más de un aspecto) (Alleyne et al., 2002).

La investigación en DS no está exenta de problemas, muchas veces las poblaciones de estudio son pequeñas, encontrar fondos para investigar es difícil, mediciones validadas culturalmente no están disponibles, existe una falta de conocimiento basal de la población en estudio, entre otros (Sue & Dhindsa, 2006).

No hay lugar a dudas que la investigación en disparidad ha sido la base para demostrar la inequidad en salud y en el cuidado de la salud, por lo tanto los investigadores en DS deben estar preparados para enfrentar las controversias que se pueden desarrollar a partir de sus propias investigaciones e interpretación de los datos (Sue & Dhindsa, 2006).

En síntesis la DS continua siendo un tema que puede ser analizado desde diversas perspectivas o dimensiones aspecto que no debe ser olvidado al momento de enfrentarlas e intentar resolverlas. La DS ha sido y seguirá siendo un concepto ligado fuertemente a aspectos éticos y políticos lo que muchas veces puede interferir en el desarrollo de la investigación y soluciones concretas en beneficio de la población sin embargo, las autoras incentivan a los investigadores en DS a continuar los esfuerzos para disminuir las brechas en salud y mejorar la salud de los grupos desfavorecidos.

REFERENCIAS

- Abrams D. Applying transdisciplinary research strategies to understanding and eliminating health disparities. *Health Education & Behavior*. 2006; 33:515–531. [PubMed: 16769758]

- Allan J, Gilliss C. American Academy of Nursing: Interim report of the Task Force on Health Disparities. July 2003. *Nursing Outlook*. 2003; 51:246–248. [PubMed: 14569235]
- Alleyne G, Castillo Salgado, C. Schneider M, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2002; 12:388–397. [PubMed: 12690726]
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee. ACOG committee opinion. Number 317, October 2005. Racial and ethnic disparities in women's health. *Obstetrics and Gynecology*. 2005; 106:889–892. [PubMed: 16199655]
- Ashton CM, Haidet P, Paterniti DA, Collins TC, Gordon HS, O'Malley K, et al. Racial and ethnic disparities in the use of health services: Bias, preferences, or poor communication? *Journal of General Internal Medicine*. 2003; 18:146–152. [PubMed: 12542590]
- Berkowitz B, McCubbin M. Advancement of health disparities research: A conceptual approach. *Nursing Outlook*. 2005; 53:153–159. [PubMed: 15988453]
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*. 2003; 118:293–302. [PubMed: 12815076]
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*. 2005; 24:499–505. [PubMed: 15757936]
- Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27:167–194.
- Braveman P, Egerter S, Cubbin C, Marchi K. An approach to studying social disparities in health and health care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:2139–2148. [PubMed: 15569966]
- Brooten D, Youngblut JM. South Florida: A national microcosm of diversity and health disparities. *Journal of Cultural Diversity*. 2005; 12:136–144. [PubMed: 16479840]
- Davis R, Cook D, Cohen L. A community resilience approach to reducing ethnic and racial disparities in health. *American Journal of Public Health*. 2005; 95:2168–2173. [PubMed: 16304131]
- Exworthy M, Washington AE. Organizational strategies to tackle health care disparities in the USA. *Health Services Management Research*. 2006; 19:44–51. [PubMed: 16438786]
- Flaskerud JH. Cultural competence: What effect on reducing health disparities? *Issues in Mental Health Nursing*. 2007; 28:431–434.
- Freimuth VS, Quinn SC. The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:2053–2055. [PubMed: 15569949]
- Gee GC, Payne-Sturges DC. Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environmental concepts. *Environmental Health Perspectives*. 2004; 112:1645–1653. [PubMed: 15579407]
- Gibbons MC. Common ground: Exploring policy approaches to addressing racial disparities from the left and the right. *Journal of Health Care Law & Policy*. 2006; 9:48–76. [PubMed: 17165224]
- Gibbons MC, Brock M, Alberg AJ, Glass T, LaVeist TA, Baylin S, et al. The sociobiologic integrative model (SBIM): Enhancing the integration of sociobehavioral, environmental, and biomolecular knowledge in urban health and disparities research. *Journal of Urban Health*. 2007; 84:198–211. [PubMed: 17216571]
- Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O. American Academy of Nursing Expert Panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; 18:95–102. [PubMed: 17416710]
- Green BL, Rivers BM, Arekere DM. Mentoring: A framework for developing health disparities researchers. *Health Promotion Practice*. 2006; 7:336–345. [PubMed: 16760234]
- Institute of Medicine. [Retrieved September, 2007] Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. 2003. from http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10260&page=1
- Jones D. The persistence of American Indian Health Disparities. *American Journal of Public Health*. 2006; 96:2122–2134. [PubMed: 17077399]
- Kawachi I, Daniels N, Robinson DE. Health disparities by race and class: Why both matter. *Health Affairs*. 2005; 24:343–352. [PubMed: 15757918]

- Keppel K, Bilheimer L, Gurley L. Improving population health and reducing health care disparities. *Health Affairs (Millwood)*. 2007; 26:1281–1292.
- Keppel, K.; Percy, J.; Klein, R. Measuring progress in healthy people 2010 (Statistical notes, no 25). National Center for Health Statistics; Hyattsville, Maryland: 2004.
- Kilbourne AM, Switzer G, Hyman K, Crowley-Matoka M, Fine MJ. Advancing health disparities research within the health care system: A conceptual framework. *American Journal of Public Health*. 2006; 96:2113–2121. [PubMed: 17077411]
- Kirby JB, Taliaferro G, Zuvekas SH. Explaining racial and ethnic disparities in health care. *Medical Care*. 2006; 44(5 Suppl):164–172. [PubMed: 16625066]
- Ko M, Heslin KC, Edelstein RA, Grumbach K. The role of medical education in reducing health care disparities: The first ten years of the UCLA/Drew Medical Education Program. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22:625–631. [PubMed: 17443370]
- Krieger N. Stormy weather: Race, gene expression, and the science of health disparities. *American Journal of Public Health*. 2005; 95:2155–2160. [PubMed: 16257941]
- Kumanyika SK, Morssink CB. Bridging domains in efforts to reduce disparities in health and health care. *Health Education & Behavior*. 2006; 33:440–458. [PubMed: 16769754]
- Lillie-Blanton M, Hoffman C. The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care. *Health Affairs*. 2005; 24:398–408. [PubMed: 15757923]
- Lipscomb HJ, Loomis D, McDonald MA, Argue RA, Wing S. A conceptual model of work and health disparities in the United States. *International Journal of Health Services*. 2006; 36:25–50. [PubMed: 16524164]
- Lloyd LL, Ammary NJ, Epstein LG, Johnson R, Rhee K. A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities. *Health Promotion Practice*. 2006; 7:331–335. [PubMed: 16760237]
- Lurie N, Dubowitz T. Health disparities and access to health. *Journal of the American Medical Association*. 2007; 297:1118–1121. [PubMed: 17356034]
- Northington V, Stone D. U.S. Policy on Health Inequities: The interplay of politics and Research. *Journal of Health and Politics, Policy and Law*. 2006; 31:93–126.
- Olden K, White SL. Health-related disparities: Influence of environmental factors. *Medical Clinics of North America*. 2005; 89:721–738. [PubMed: 15925646]
- Olshansky E, Sacco D, Braxter B, Dodge P, Hughes E, Ondeck M, et al. Participatory action research to understand and reduce health disparities. *Nursing Outlook*. 2005; 53:121–126. [PubMed: 15988448]
- Putsch R, Pololi L. Distributive justice in American healthcare: Institutions, power, and the equitable care of patients. *American Journal Managed Care*. 2004; 10:45–53.
- Ramirez M, Ford ME, Stewart AL, Teresi JA. Measurement issues in health disparities research. *Health Services Research*. 2005; 40(5 Pt 2):1640–1657. [PubMed: 16179000]
- Reifsnider E, Gallagher M, Forgione B. Using ecological models in research on health disparities. *Journal of Professional Nursing*. 2005; 21:216–222. [PubMed: 16061168]
- Ruger J. Ethics and governance of global health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005; 60:998–1002. [PubMed: 17053290]
- Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *American Journal of Public Health*. 2003; 93:1713–1719. [PubMed: 14534227]
- Sankar P, Cho MK, Condit CM, Hunt LM, Koenig B, Marshall P, et al. Genetic research and health disparities. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 291:2985–2989. [PubMed: 15213210]
- Selig S, Tropiano E, Greene-Moton E. Teaching cultural competence to reduce health disparities. *Health Promotion Practice*. 2006; 7(3 Suppl):247S–255S. [PubMed: 16760244]
- Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21:862–866. [PubMed: 16881948]
- Shultz J, Fongwa M, Tanner B, Noone J, Phillion N. Reducing health disparities by improving quality of care: Lessons learned from culturally diverse women. *Journal of Nursing Care Quality*. 2006; 21:86–92. [PubMed: 16340694]

- Soobader M, Cubbin C, Gee GC, Rosenbaum A, Laurenson J. Levels of analysis for the study of environmental health disparities. *Environmental Research*. 2006; 102:172–180. [PubMed: 16781704]
- Stewart AL, Napoles-Springer AM. Advancing health disparities research: Can we afford to ignore measurement issues? *Medical Care*. 2003; 41:1207–1220. [PubMed: 14583684]
- Sudano JJ, Baker DW. Explaining US racial/ethnic disparities in health declines and mortality in late middle age: The roles of socioeconomic status, health behaviors, and health insurance. *Social Science & Medicine*. 2006; 62:909–922. [PubMed: 16055252]
- Sue S, Dhindsa MK. Ethnic and racial health disparities research: Issues and problems. *Health Education & Behavior*. 2006; 33:459–469. [PubMed: 16769755]
- Sullivan-Bolyai S, Bova C, Harper D. Developing and refining interventions in persons with health disparities: The use of qualitative description. *Nursing Outlook*. 2005; 53:127–133. [PubMed: 15988449]
- Tashiro CJ. Health disparities in the context of mixed race: Challenging the ideology of race. *Advances in Nursing Sciences*. 2005; 28:203–211.
- Thomas SB. The color line: Race matters in the elimination of Health Disparities. *American Journal of Public Health*. 2001; 91:1046–1048. [PubMed: 11441728]
- Thomas SB, Benjamin GC, Almario D, Lathan MJ. Historical and current policy efforts to eliminate racial and ethnic health disparities in the United States: Future opportunities for public health education research. *Health Promotion Practice*. 2006; 7:324–330. [PubMed: 16760236]
- van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*. 2003; 93:248–255. [PubMed: 12554578]
- Volkers AC, Westert GP, Schellevis FG. Health disparities by occupation, modified by education: A crosssectional population study. *BMC Public Health*. 2007; 7:196. [PubMed: 17686141]
- Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*. 2006; 7:312–323. [PubMed: 16760238]
- Weisfeld A, Perlman RL. Disparities and discrimination in health care: An introduction. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2005; 48(1 Suppl):S1–S9. [PubMed: 15842083]

CUADRO 1

Factores Determinantes de Disparidad en Salud y Sub-Divisiones

Factores Socioeconómicos	
	Lugar de Residencia
	Lugar de Trabajo
Raza/Etnia	
Idioma	
Calidad del Cuidado	Acceso a la Salud
	• Seguro de salud
	• Proceso Interpersonal
	• Estereotipos y prejuicios
	• Características del Proveedor
	• Presión de tiempo
	• Factores de comunicación
	• Alfabetismo en Salud
	• Competencia Cultural