Libro de Datos Sobre la Salud de las Mujeres de Color

OFICINA DEL DIRECTOR

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD

RECONOCIMIENTOS

Este libro de datos fue preparado por Wilhelmina A. Leigh, Ph.D (Investigadora Principal Asociada) y Malinda A. Lindquist (Asistente de Investigación) del Centro de Estudios Políticos y Económicos. Los autores agradecidamente reconocen el apoyo institucional del centro y de su personal. Además se debe hacer reconocimiento intelectual al Instituto de Educación e Investigación sobre la Mujer. Su publicación semestral, La Mujer Norteamericana, que en su edición de 1994-1995 hablaba de salud, incluyó un capítulo escrito por Wilhelmina A. Leigh sobre "La Condición de Salud de las Mujeres de Color". Aun cuando este capítulo fue el modelo para este libro de datos, el volumen actual expande y actualiza el capítulo seminal, que incluye secciones separadas para adolescentes y personas de la tercera edad, así como gráficas para ilustrar la historia.

Libro De Datos Sobre La Salud De Las Mujeres De Color

DE LA ADOLESCENCIA A LA TERCERA EDAD

OFICINA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

OFICINA DEL DIRECTOR

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD

PRÓLOGO

La publicación del *Libro de Datos sobre la Salud de las Mujeres de Color: De la adolescencia a la Tercera Edad*, por la Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer marca un acontecimiento importante en el reconocimiento que hace nuestro país de la importancia que tiene la salud de la mujer, y más específicamente, del papel que ejercen la cultura, la etnicidad, la raza, el contexto socioeconómico, la ubicación geográfica y otros factores sociales y económicos respecto a la salud. Luego de muchos años de analizar la salud en forma aislada, hemos empezado a estudiar y a entender que ésta, en el caso de la mujer, es un reflejo de la multitud de elementos que influyen hoy sobre la calidad de vida general en la mujer en los Estados Unidos.

Este informe representa también la culminación de muchos años de esfuerzos realizados tanto por personas como por entidades federales y privadas dirigidos a la salud de las mujeres de grupos minoritarios. El Centro de Estudios Políticos y Económicos, entidad que por primera vez publicó datos sobre la salud de la mujer de las minorías en su informe de 1992, titulado *Libro de Datos: Evaluación de la salud de la población negra de los Estados Unidos*, es una de las entidades que con mayor eficacia ha logrado dirigir la atención de nuestro país hacia estos temas. En 1985 el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) publicó el *Informe del Grupo de Trabajo del Secretario sobre la Salud de la Población Negra y Minoritaria* (1), el cual documentó diferentes resultados en cuanto a la frecuencia, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades manifestadas por las minorías, que incluye tasas de mortalidad excesivamente elevadas, debidas a múltiples condiciones que afectan a todos los segmentos de la población de los Estados Unidos.

El informe del Departamento de Salud y Servicios Humanos, conjuntamente con el grado de atención prestado a la temática de la salud de la mujer durante la última década, llevó a la apertura de nuevas oficinas, leyes y políticas orientadas a promover el estudio de los temas relativos a la salud de la mujer y una mayor participación de la misma y de las minorías en la investigación biomédica. Estos cambios reflejan el reconocimiento hoy generalizado de que para que los resultados de la investigación biomédica y del comportamiento gocen de amplia validez, es necesario que los investigadores y el personal clínico comprendan cómo las diferencias raciales y culturales pueden influir sobre las causas, los diagnósticos, el desarrollo y el tratamiento de las enfermedades en poblaciones diversas, que incluyen a las mujeres de diferentes orígenes raciales, culturales, étnicos y geográficos y de distintas condiciones económicas. Este libro de datos ayudará a los formuladores de políticas y a los investigadores a comprender el estado en que se encuentra la salud de las mujeres de color en este país, para poder formular políticas y fijar prioridades de investigación que permitan mejorar la salud de todas las mujeres en los Estados Unidos.

El reto que implica la investigación sobre la salud de la mujer es el de crear los fundamentos de un conocimiento científico que permita realizar diagnósticos confiables y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas para todas las mujeres, incluyendo a las de diversos orígenes culturales, étnicos y geográficos y diversas condiciones económicas. La finalidad última es aumentar el conocimiento médico mediante una práctica científica sólida, y de esta forma contribuir al desarrollo de políticas y normas médicas que le brinden iguales beneficios tanto a la mujer como al hombre. Así como el género es un parámetro que hay que incluir en el diseño de los estudios de investigación clínica, si los resultados de dicha investigación han de aplicarse en forma generalizada en las políticas y las intervenciones de los servicios de salud, de la misma forma deben tomarse en cuenta los factores raciales, étnicos y culturales en el diseño y aplicación de los protocolos de investigación.

A lo largo de los últimos 12 años, la evolución de las percepciones científicas, públicas y políticas, ha llevado al desarrollo de políticas que exigen una mayor participación de mujeres y hombres de diversos orígenes raciales, culturales y étnicos, así como geográficos y económicos, en los estudios clínicos de investigación. La necesidad de comprender mejor cómo el sexo, el género y las diferencias culturales y raciales influyen sobre la patología, la etiología, el diagnóstico, la progresión, el tratamiento y el resultado de las

enfermedades en las diferentes poblaciones, también ha producido cambios en los temas y estrategias de investigación.

El hecho de que la mujer y las minorías no hayan sido incluidas rutinariamente en la investigación clínica tiene sus orígenes, al menos en parte, en muchos acontecimientos históricos, incluyendo el trágico estudio de Tuskegee sobre la sífilis, en el cual se le negó tratamiento a hombres afro-americanos que padecían la enfermedad para que los investigadores pudieran documentar el desarrollo de la misma. El estudio de Tuskegee dejó un legado amargo de temor y desconfianza entre la comunidad minoritaria respecto a su participación en estudios de investigación, mientras que las anormalidades del desarrollo fetal asociadas al uso de la talidomida y los efectos carcinógenos del dietilestilbestrol en niños de mujeres embarazadas generaron inquietudes de orden clínico, ético y legal sobre la participación de la mujer embarazada, o la que está en edad de estarlo, en los estudios clínicos. Las políticas que se han fundamentado en principios éticos han contribuido a la exclusión de la mujer y las minorías de la investigación clínica, para prevenir su explotación.

Las políticas que han buscado incluir a la mujer y a las minorías en la investigación clínica patrocinadas por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés) tuvieron sus orígenes en el movimiento por la salud de la mujer. La publicación en 1985 de un informe del Grupo de Trabajo de los Servicios de Salud Pública sobre la Salud de la Mujer (2) llevó a que los Institutos Nacionales de la Salud promulgara una política que urgía la participación de la mujer en la investigación clínica. Posteriormente, en 1987, los científicos de éstos institutos pertenecientes a las minorías y otros científicos, reconocieron la necesidad de tratar el tema de la participación de las poblaciones minoritarias. Así es como en la publicación de una versión posterior de la Guía de los Institutos Nacionales de la Salud de 1987 se incluye por primera vez una política que busca promover la participación de las minorías en los estudios clínicos (3). Luego de la entrega del informe de 1990 de la Oficina General de Contaduría (General Accounting Office), en el cual se documentaron los problemas que surgieron al aplicarse esta política (4), y luego la subsiguiente creación en septiembre de 1990 de la Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer, se fortaleció y amplió dicha política de mayor participación.

La Ley de Revitalización de los Institutos Nacionales de la Salud de 1993 (Ley Pública 103-43) formalizó la exigencia legal de incluir a la mujer y a los miembros de los grupos minoritarios en todos las investigaciones auspiciadas de los Institutos Nacionales de la Salud, sobrepasando y ampliando así las políticas anteriores. Las subsiguientes modificaciones de las guías de los institutos sobre inclusión, publicadas en marzo de 1994 (5), requieren la inclusión de la mujer, las minorías y sus poblaciones constitutivas en las investigaciones con sujetos humanos apoyadas por los Institutos Nacionales de la Salud; la inclusión de la mujer, las minorías y sus poblaciones constitutivas en los estudios clínicos de fase III, en números apropiados como para posibilitar el análisis válido de las diferencias presentadas como consecuencia de la intervención; que el factor costo no sea razón válida para excluir a dichos grupos; y piden que los Institutos Nacionales de la Salud inicien programas así como soporte para los mismos, orientados a reclutar y retener a la mujer, las minorías y sus poblaciones constitutivas como voluntarios en los estudios clínicos.

Aunque las nuevas guías exigen la inclusión, reconocen también que la misma deberá ser determinada por la ciencia. Dependiendo de los temas científicos a estudiar, no toda investigación ha de requerir la participación de todos los grupos minoritarios o incluso de los dos sexos, en algunos casos. Lo que es más importante, los investigadores tienen ahora la oportunidad de recopilar información sobre la mujer y las minorías cuando se están formulando las hipótesis, lo que permite tomar en cuenta las variables de género, raza, origen étnico y condiciones socioeconómicas en el diseño mismo de los estudios.

Aunque ya la ley obliga a los investigadores a incluir a la mujer y a los grupos minoritarios como sujetos en la investigación clínica, los Institutos Nacionales de la Salud reconocen que sin embargo existen otras barreras por superar en cuanto al reclutamiento y retención de la mujer de orígenes diversos como sujeto de investigación. Dichas barreras incluyen la necesidad de diversidad cultural entre los investigadores, de relaciones más estrechas entre investigadores y comunidades estudiadas, la necesidad de solucionar importantes problemas logísticos relacionados con los papeles ejercidos por la mujer como madre, madre sustituta y empleada asalariada, y la necesidad de reconocer las distintas creencias culturales de los potenciales participantes. La Oficina para la Investigación sobre la Salud

de la Mujer está afrontando estas barreras mediante una serie de programas y actividades, de las cuales el presente informe es apenas una instancia.

Con su enfoque sobre la totalidad de los factores que contribuyen con la salud, este libro de datos demostrará ser un recurso invalorable para los formuladores de políticas y los defensores de la investigación sobre la salud de la mujer, en su necesidad de entender mejor la situación de la salud de la mujer de color y actuar para satisfacer mejor las necesidades de estas mujeres. Este libro de datos igualmente ayudará a los investigadores a diseñar estudios y reclutar mujeres de distintas comunidades para participar en investigaciones clínicas, permitiendo así a todas las mujeres estadounidenses participar en dichos estudios y beneficiarse de los frutos de la investigación financiada con dineros públicos.

Vivian W. Pinn, M.D.
Directora Asociada de la Investigación sobre la Salud de la Mujer
Institutos Nacionales de la Salud

REFERENCIAS

1. US Department of Health and Human Services. *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1985
2. US Public Health Service. *Women's Health: Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues.* Vol. 1, no.1 (January-February, 1985)
3. National Institutes of Health Division of Research Grants. *NIH guide to grants and contracts.* September 25, 1987
4. Nadel MV. *National Institutes of Health: Problems in implementing policy on women in study populations.* US General Accounting Office. June 18, 1990. Statement before the Subcommittee on Health and the Environment. Committee on Energy and Commerce, US House of Representatives
5. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. *NIH guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research.* Federal Register (Notice), 59:14508-15413 (March 28, 1994)

CONTENIDO

PRÓLOGO iii

ASPECTOS A DESTACAR ix

FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR 1

Herencia étnica y racial 1

Nativos Norteamericanos 1

Indios norteamericanos/Nativos de Alaska 1

Nativos hawaianos y otros nativos de las islas del Pacífico 5

Nativos Hawaianos 6

Otros Isleños de Pacífico 9

Hispanos 10

Norteamericanos negros 14

Norteamericanos asiáticos 19

Principales subpoblaciones 20

Factores que afectan la salud 21

Mujeres adolescentes de color 25

Acceso a los servicios 26

Salud 27

Conductas de riesgo para la salud 28

Relaciones Sexuales 28

Abuso de Sustancias Tóxicas 29

Operación Insegura de Vehículos de Motor 31

Conductas saludables 31

Mujeres ancianas de color 31

Demografía 32

Norteamericanos Nativos 32

Hispanos 33

Norteamericanos Negros 33

Asiáticos e Isleños del Pacífico 33

Acceso al cuidado de salud 33

Evaluación de la salud 36

EVALUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR 47

Expectativa de vida 47

Autocalificaciones de salud 48

Principales causas de muerte 49

Otras causas de muerte 51

Conducta y estilos de vida 52

Peso corporal: Mujeres de color 52

Peso corporal: Adolescentes de color 53

Ejercicio 54

Niveles de colesterol 55

Uso de tabaco entre las mujeres de color 56

Consumo de tabaco entre las adolescentes de color 57

Consumo de alcohol entre la mujeres de color 58
Consumo de alcohol entre mujeres adolescentes de color 59
Muertes relacionadas con alcohol 60
Uso de maribuana y otras sustancias, por las mujeres de color 61
Uso de cocaína y crack por las mujeres de color 62
Uso de sustancias ilícitas por las adolescentes de color 63
Muertes relacionadas con drogas 64
Comportamiento sexual: Mujeres adolescentes de color 65
Maltrato físico/abuso sexual 66
Violencia 67
Servicios preventivos para el cuidado de la salud 68
Medidas preventivas de salud 68
Exámenes físicos 69
Cuidado prenatal 70
Uso de sustancias tóxicas durante el embarazo 71
Resultados del parto: Peso 72
Resultados del parto: Mortalidad infantil 73
Acceso a seguros y servicios de salud 74
Acceso a seguros de salud: Personas de color 74
Acceso a seguros de salud: Mujeres de color 75
Obtención de los servicios de cuidado de salud 76
Morbilidad y mortalidad 77
Hipertensión 77
Enfermedad cardiovascular 78
Cánceres 79
Cáncer del Seno 80
Cáncer del Cuello del Útero 81
Cáncer del Pulmón y los Bronquios 82
Enfermedades cerebrovasculares 83
Diabetes Mellitus 84
Enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres de color 85
Enfermedades de transmisión sexual entre las adolescentes de color 86
Infección HIV y SIDA 87
Salud mental entre las mujeres de color 89
Salud mental entre las adolescentes de color 90
Osteoporosis y artritis 91
REFERENCIAS 92
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR 99
Problemas con la recolección de datos 99
Necesidades de investigación y tratamiento 100
Instalaciones para atender a las personas de color 101
Necesidad de médicos y proveedores pertenecientes a las minorías 102
Conclusión 103
REFERENCIAS 105

ASPECTOS A DESTACAR

EN ESTE INFORME LA EXPRESIÓN MUJERES DE COLOR SE REFIERE A CUATRO GRUPOS PRINCIPALES DE MUJERES: LAS NATIVAS, HISPANAS, NEGRAS Y ASIÁTICAS NORTEAMERICANAS, CADA UNO DE LOS CUALES TAMBIÉN INCLUYE SUS PROPIOS SUBGRUPOS. ADEMÁS LA SALUD DE LAS MUJERES ADOLESCENTES DE COLOR Y DE LA TERCERA EDAD RECIBE ATENCIÓN POR SEPARADO. ESTOS CUATRO GRUPOS INCLUYEN MUCHAS POBLACIONES CUYO ESTADO DE SALUD VARÍA, CON UN RANGO QUE CUBRE DESDE UNA SITUACIÓN SUPERIOR A LA DEL PROMEDIO DE LOS ESTADOS UNIDOS (EL CASO DE LAS POBLACIONES ESTADOUNIDENSES DE ASCENDENCIA JAPONESA Y CUBANA, EN CUANTO A LA ATENCIÓN PRE-NATAL), HASTA UNA CALIFICACIÓN POR DEBAJO DEL MISMO (POR EJEMPLO, EN LAS MUJERES NEGRAS E INDIAS NORTEAMERICANAS/NATIVAS DE ALASKA, LAS CUALES PRESENTAN CASOS DE AMPUTACIONES OCASIONADAS POR LA DIABETES).

A continuación se resaltan algunos de los temas más importantes relativos al estado de salud de las mujeres de color en la actualidad:

- Aunque la expectativa de vida varía ampliamente entre las diferentes subpoblaciones de mujeres de color, la subpoblación asiática (en Hawai) tiene el promedio de vida más largo, seguido por la de las mujer hispanas, nativas de Hawai, Guam y Samoa. Las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las mujeres negras norteamericanas tienen las expectativas de vida más cortas.
- La obesidad definida como exceso de peso corporal respecto a la estatura, constituye un problema para todas las mujeres de color, pero especialmente para las indias norteamericanas/nativas de Alaska, las isleñas del Pacífico y las negras norteamericanas. La alta incidencia de la diabetes de adultos representa un problema serio para las mujeres de color (especialmente para las mujeres nativas y negras norteamericanas), en parte debido a la obesidad.
- El hábito de fumar cigarrillo (o tabaquismo) varía entre las mujeres de color, con un rango que cubre desde la mitad de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, hasta más de un octavo de las mujeres de origen asiático. El uso de tabaco (con cigarrillos con y sin humo) varía según la edad, el ingreso y el tiempo de permanencia en los Estados Unidos.
- Por varias razones (económicas, culturales, de información y acceso), una porción apreciable de las subpoblaciones de mujeres de color reportan no hacerse pruebas de salud de tipo preventivo, tales como la prueba Pap y los mamogramas, regularmente. Por ejemplo, dos terceras partes de las mujeres inmigrantes del Asia reportaron nunca haberse hecho la prueba Pap, o el Papanicolaou, y aproximadamente el 70 por ciento indicó que nunca se había hecho una mamografía. Además, más de la mitad de las mujeres hispanas, negras y asiáticas mayores de 40 años reportaron no haberse hecho una mamografía durante los últimos dos años.
- Aunque las mujeres de color constituyen únicamente cerca de la cuarta parte de la población total de mujeres, estos representaron cerca de la mitad (el 46 por ciento) de los 19 millones de mujeres que carecían de seguro de salud en los Estados Unidos en 1995. Esta falta de cubiertas en cuanto a seguros de salud, con frecuencia se traduce en la imposibilidad de recibir a tiempo la atención médica requerida.
- Las enfermedades del corazón y el cáncer son las condiciones que más muertes producen entre las mujeres de color, al igual que entre el resto de la población. Otras causas importantes de mortalidad son las siguientes: VIH/SIDA (especialmente entre las mujeres negras e hispanas, particularmente puertorriqueñas); el homicidio y las lesiones no intencionales (especialmente entre las mujeres negras, hispanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska); y las enfermedades asociadas con consumo de alcohol (especialmente entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska).
- El cáncer es la segunda causa de mortalidad entre las mujeres de color, salvo para las asiáticas norteamericanas e isleñas del Pacífico, para quienes el cáncer constituye la principal causa de mortalidad. En cuanto al cáncer del seno, aunque en las mujeres negras presenta una incidencia menor, sus tasas de

mortalidad debidas a esta enfermedad superan las tasas de mortalidad de todas las demás subpoblaciones de mujeres. Las tasas de supervivencia a cinco años de la mujeres negras e hispanas, luego del diagnóstico de cáncer del seno, son igualmente más bajas que las mismas de las mujeres blancas.

- Los principales problemas relativos a la recopilación de datos sobre las mujeres de color son el subconteo, la falta de recopilación de datos sobre la subpoblación, y la errónea identificación de las mismas.
- Las guías para la realización de pruebas médicas preventivas y para la investigación, con frecuencia, no incorporan ni reflejan las necesidades especiales de las mujeres de color.
- Se requiere un mayor número de instalaciones médicas comunitarias con proveedores de atención médica conscientes de los aspectos culturales, para prestarle servicio a las mujeres de color.

FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

Herencia étnica y racial*

De los más de 265 millones de personas contadas como residentes de los Estados Unidos en agosto de 1996, más de la mitad (casi 52 por ciento) eran mujeres, y más de 36 millones eran mujeres de color. Estos 36 millones de mujeres de color incluyen: 46 por ciento de raza negra, 38 por ciento hispanas, 13 por ciento asiáticas y nativas de las islas del Pacífico, y 3 por ciento mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska (1). Las mujeres de color representan más de un cuarto (27 por ciento) de todas las mujeres en los Estados Unidos. En números redondos, hay casi 17 millones de mujeres norteamericanas de raza negra, casi 14 millones de mujeres hispanas, casi 1 millón de mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska y más de 4.7 millones de mujeres asiáticas y nativas de las islas del Pacífico.

El grupo minoritario de más rápido crecimiento es el de norteamericanos asiáticos y nativos de las islas del Pacífico, cuya población aumentó aproximadamente en un 108 por ciento entre 1980 y 1990 y 28 por ciento entre 1990 y 1996. El grupo que está de segundo en su tasa de crecimiento es el de los hispanos, que aumentó en un 53 por ciento entre 1980-1990 y un 24 por ciento entre 1990 y 1996. La población de indios norteamericanos y nativos de Alaska aumentó cerca de un 38 por ciento durante la década de 1980-1990, mientras la de raza negra aumentó tan sólo un 13 por ciento y la de raza blanca un 6 por ciento (1,2). Entre 1990 y 1996, tanto las poblaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska como las poblaciones negras norteamericanas crecieron en un 9 por ciento y la población blanca en un 3 por ciento.

Nativos Norteamericanos

Bajo el Título VIII del Acta de Programas para nativos norteamericanos de 1975, los siguientes grupos se definen como nativos norteamericanos: indios norteamericanos, nativos de Alaska (esquimales y aleutas), nativos hawaianos, samoanos y otros nativos de las islas del Pacífico (3,4,5). Sin embargo, a menudo se agregan a los datos de salud para nativos hawaianos, samoanos y otros isleños del Pacífico, los datos para asiáticos norteamericanos, bajo el título de asiáticos y nativos de las islas del Pacífico, una práctica que enturbia tanto las diferencias entre las subpoblaciones asiáticas y los isleños nativos del Pacífico como las similitudes en los resultados para isleños nativos del Pacífico e indios norteamericanos/nativos de Alaska. Hasta donde lo permiten los datos, este libro de hechos concretos considera a las nativas hawaianas y a otras mujeres nativas de las islas del Pacífico como nativas norteamericanas y estudia a las mujeres asiáticas norteamericanas por separado.

Indios norteamericanos/Nativos de Alaska

Los antepasados de las personas conocidas hoy como indios norteamericanos/nativos de Alaska cruzaron por el Estrecho de Bering, para venir a vivir a América del Norte, muchos siglos antes de la llegada de los europeos. Aunque había de 12 a 15 millones de indios aquí cuando Colón llegó en 1492, actualmente su descendencia es de cerca de 2 millones.

Los indios norteamericanos/nativos de Alaska son la más pequeña de las cuatro principales subpoblaciones raciales/étnicas presentadas en este informe. Están agrupados en 535 tribus reconocidas federalmente (más 100 no reconocidas) que forman parte de siete naciones (como navajos e iroqueses), y viven en cerca de 300 reservaciones en los 48 estados más bajos en aproximadamente 500 unidades gubernamentales en Alaska (4,5,6). Las diversas subpoblaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska son culturalmente inconfundibles, diversas y complejas,

* Las mujeres de color se tratan en orden cronológico aproximado de la llegada de algún miembro de su grupo a los Estados Unidos. Los norteamericanos nativos se refiere tanto a los indios norteamericanos/nativos de Alaska (esquimales y aleutianos) como a las subpoblaciones de isleños nativos del Pacífico (hawaianos nativos, samoanos, guamanianos y tonganos) que son residentes de los Estados Unidos. Hispanos se refiere a los residentes de los Estados Unidos con nombres españoles y que hablan español. Este término se usa más a menudo que "latinos" porque es usado asi en la mayoría de las fuentes de datos en que se basa este reporte. Negro se usa más que afronorteamericano para indicar que este grupo incluye negros de las Indias Occidentales y otros negros de la diáspora africana que pueden no ser descendientes de africanos y norteamericanos. Los asiáticos norteamericanos son las subpoblaciones de chinos, japoneses, filipinos, coreanos, vietnamitas y otros, que residen en los Estados Unidos.

y como se mencionara anteriormente, están creciendo tres veces más rápido que la población blanca. Los indios norteamericanos/nativos de Alaska hablan más de 300 idiomas diferentes, lo cual hace que sus dialectos sean más diversos que toda la familia del idioma indoeuropeo (5).

Esta diversidad, unida a sus muchos y pequeños grupos de población esparcidos a lo largo de los Estados Unidos, ha hecho difícil proporcionarles un sistema cuidado de salud que sea uniforme y de fácil acceso para los indios norteamericanos/nativos de Alaska. El censo de 1990 informó que casi tres quintos (59 por ciento) de los 2.2 millones de indios norteamericanos vivían en áreas urbanas, en contraste con una fracción algo más pequeña de esquimales (50 por ciento) y una fracción más grande de aleutas (69 por ciento) (7). Otros estiman que un tercio vive en áreas urbanas, otro tercio en reservaciones, y un tercio se mantiene yendo y viniendo entre ambas (5).

Aun cuando los indios norteamericanos/nativos de Alaska son culturalmente diferentes, hasta el punto que a menudo no tiene sentido clasificarlos juntos, a no ser para las comparaciones más grandes, sus experiencias compartidas incluyen:

- el rápido y forzado cambio de una sociedad cooperativa, basada en clanes, a un sistema capitalista con base en el núcleo familiar
- la prohibición de prácticas espirituales e idiomáticas
- la muerte de generaciones de personas mayores por enfermedades infecciosas o guerra
- y la pérdida de la habilidad de usar la tierra recorrida por sus antepasados durante miles de años (6).

Estas experiencias han propiciado el desarrollo de diversas características entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska, que influyen en su comportamiento al buscar y responder a los servicios para el cuidado de salud. Las personas nativas son por lo general fuertemente autónomas, manejan un tipo de pensamiento no lineal (sobre todo acerca del tiempo), usan comunicación y estilos indirectos y sospechan históricamente de la autoridad (5).

El recibir servicias de salud a través del Gobierno Federal, como lo hacen los indios norteamericanos/nativos de Alaska, debido a las obligaciones expuestas en tratados, influye en su habilidad de acceder y usar estos servicios. El gobierno de los Estados Unidos ha firmado más de 800 tratados con las tribus, obligándoles a mantener un nivel razonable de educación y salud entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska (5). El Servicio de Salud Indio (IHS, por sus siglas en inglés), que forma parte del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos desde 1955, proporciona el cuidado de salud por medio de sus clínicas y hospitales, a todos los indios norteamericanos/nativos de Alaska que pertenecen a tribus reconocidas federalmente y viven en o cerca de las reservaciones, en sus 12 áreas de servicio. Estas áreas de servicio cuentan con 144 unidades de servicio (similares a los departamentos de salud de los condados o ciudades), que operan hospitales, centros y estaciones de salud (8). De las 144 unidades, las 68 operadas por el IHS administraban 38 hospitales y 112 centros y estaciones de salud en el año de 1996. Las 76 unidades de servicio restantes, operadas por los gobiernos tribales de los indios norteamericanos/nativos de Alaska administraban 11 hospitales y 372 centros y estaciones de salud. A partir de 1 de Octubre, 1995, 34 proyectos urbanos operados por indios, bien fuera en clínicas o en servicios comunitarios y de referencia, proporcionan cuidado para los indios norteamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas y por lo tanto, han perdido la elegibilidad para el cuidado del Servicio de Salud Indio cerca de sus reservaciones, como resultado de haber vivido lejos de ellas durante 180 días (4,9).

Aun cuando el IHS informa que atiende aproximadamente al 60 por ciento de todos los indios norteamericanos/nativos de Alaska, los servicios en las áreas urbanas y en las áreas rurales fuera de la reservación, son a menudo muy limitados y sin coordinación (6,9). En 1987, sólo el 41 por ciento de todos los indios norteamericanos/nativos de Alaska incluidos en el Estudio de los Indios Norteamericanos y Nativos de Alaska (SAIAN, por sus siglas en inglés), reportó haber usado las instalaciones de IHS como fuente del cuidado de salud durante todo el año (10). Un 25 por ciento adicional informó tener cobertura privada y un 18 por ciento reportó tener cobertura pública durante todo el año. El 16 por ciento restante indicó que tenía otro tipo de cobertura de seguros de salud durante parte del año. La SAIAN también encontró que entre los residentes de las áreas de las estadísticas metropolitanas (MSAs, por sus siglas en inglés), sólo el 24 por ciento reportó al IHS como su forma de seguro de salud a lo largo del año, con un 35 por ciento de los residentes de MSAs manifestando que tenían cobertura privada (10).

Las disparidades geográficas en la ubicación de las instalaciones y el pequeño número de instalaciones en áreas urbanas, explican en parte el que las mujeres indias norteamericanas tengan mayores dificultades para obtener acceso al cuidado prenatal y menores probabilidades de conseguir el cuidado que obtienen

mujeres negras o blancas (11). Por ejemplo, hay sólo dos unidades de IHS al este del río Misisipí (una clínica en Nashville, Tenn., y un hospital en Cherokee, N.C.) para atender a todos los indios norteamericanos desde Maine hasta la Florida (12). Por otra parte, el área de servicio de Phoenix (con una población de 139.993 en el año 1997) tiene ocho hospitales, mientras que no hay ninguno en el área de servicio de Portland, Ore., o en el estado de California (con poblaciones de 147.887 y 123.208, respectivamente) (8,9).

¿Cómo ha influido el legado de los indios norteamericanos/nativos de Alaska en este país sobre la salud de las mujeres indias? El legado más importante de la reubicación forzada de indios americanos a lo largo de los Estados Unidos ha sido agruparlos en comunidades en las cuales se ven confrontados con racismo y hostilidad provenientes de sus vecinos no nativos (13). La reubicación forzada tuvo lugar entre 1830 y 1850, cuando se reubicaron las tribus desde tierras al este del río Misisipí hasta Oklahoma y en 1950, cuando en un intento de organizarlos, los indios americanos recibieron, de parte de la Oficina de Asuntos Indios, transportación solamente de ida, para reubicarlos en áreas urbanas (4,8,14). En vez de agruparlos, la vida urbana les trajo a muchos indios norteamericanos/nativos de Alaska constante desempleo y pobreza. Cuando se comparan, los emigrantes forzados de las reservaciones indias a las áreas urbanas, como Los Ángeles, los emigrantes voluntarios tienden a tener más éxito (4).

El racismo, unido a la desconfianza hacia el gobierno de los Estados Unidos, ha generado baja autoestima entre muchos indios norteamericanos/nativos de Alaska. El racismo y la discriminación han contribuido también a la pobreza en que vive el 27 por ciento de los indios norteamericanos/nativos de Alaska. Específicamente, el 27 por ciento de indios americanos, el 26 por ciento de esquimales y el 13 por ciento de aleutas reportaron ingresos por debajo del nivel federal de pobreza en 1990 (15). Las tasas de pobreza entre los hogares cuyas cabezas de familia son mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska son incluso mayores que las tasas de pobreza para personas individuales. Aunque el 26 por ciento de todos los hogares de indios norteamericanos/nativos de Alaska tenían como jefe de familia a una mujer, el 50 por ciento de estos hogares tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza. El cincuenta y uno por ciento de todos los hogares de indios norteamericanos dirigidos por mujeres tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza, al igual que el 39 por ciento y el 31 por ciento de hogares esquimales y aleutas comparables. (15). Se estima que la mitad de los niños indios norteamericanos/nativos de Alaska menores de seis años viven en la pobreza.*

Esta pobreza proviene de las altas tasas de desempleo entre indios norteamericanos/nativos de Alaska, tanto hombres como mujeres. En 1990, aunque el desempleo para hombres de todas las razas era del 6 por ciento, entre los indios americanos hombres, la tasa era del 16 por ciento (16). Aunque ligeramente mejor, comparado con los indios norteamericanos hombres, el 13 por ciento de las mujeres indias norteamericanas estaban desempleadas, cuando la tasa para las mujeres de todas las razas era del 6 por ciento.

La pobreza y el desempleo por su parte, han creado dependencia del servicio de bienestar de salud y la dieta se completa con alimentos proporcionados por el gobierno, altos en grasa y calorías. La desnutrición que hace dos generaciones era un problema entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska ha sido reemplazada por obesidad (17). Sesenta por ciento de los indios norteamericanos/nativos de Alaska, tanto como hombres mujeres, que viven en áreas urbanas, tienen sobrepeso y por lo tanto, el riesgo de sufrir de diabetes u otras enfermedades. Aproximadamente 20 por ciento de los indios norteamericanos tienen diabetes, una tasa dos veces mayor a la de la población general de los Estados Unidos. La diabetes mellitus no insulino-dependiente ha alcanzado proporciones epidémicas entre algunas tribus (4,5). Aun cuando sigue siendo un menor problema para los nativos de Alaska, que para los indios norteamericanos, la prevalencia de diabetes mellitus entre los nativos de Alaska ha aumentado diez veces más en los últimos 30 años (8). La enfermedad renal (del riñón)

* El nivel de pobreza difiere para individuos y familias por composición de hogar y por tamaño. Por ejemplo, en 1995, aunque el nivel de ingreso de pobreza, o umbral, para familias de cuatro personas promediaba en US$15.569, este promedio incluía un umbral de US$15.455 para una familia de cuatro personas con dos hijos y dos adultos y un umbral de US$15.976 para una familia de cuatro personas con un hijo y tres adultos. Por esa razón, es difícil reportar los niveles de ingresos que representan pobreza para las poblaciones consideradas.

en su fase final, es 2.8 veces más común entre los indios norteamericanos que entre los blancos y la prevalencia de enfermedad renal en fase final, atribuible a la diabetes es 5.8 veces más que la de los blancos (17). Las neuropatías y amputaciones son también comunes entre los indios norteamericanos diabéticos. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad, debido a diabetes mellitus entre indios norteamericanos, son 4.3 veces la de los norteamericanos blancos y dos veces la de los americanos negros (8). Una vida sedentaria y fuertes descensos en actividades tales como la caza y la recolección, están implicados en la alta prevalencia de obesidad y problemas relacionados de salud y la mortalidad entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska.

La pobreza se ha combinado con la supresión histórica de religiones y prácticas médicas indígenas, para colocar a los indios norteamericanos/nativos de Alaska en riesgos de salud debido a la degradación ambiental. Estos riesgos de salud provienen de vivir en habitaciones de mala calidad (a menudo con pinturas a base de plomo que envenenan a los niños) y de exposición a toxinas locales. La mitad de los indios norteamericanos/nativos de Alaska viven en áreas que tienen basureros de desechos tóxicos no controlados (18). La falta de un suministro seguro de agua o de un buen sistema de alcantarillado, o de ambos, lo cual caracterizaba a 28,700 hogares de indios norteamericanos/nativos de Alaska en el año de 1995, también coloca a los indios norteamericanos/nativos de Alaska en riesgo de enfermedades (19). En algunas reservaciones uno de cada cinco hogares carece de instalaciones sanitarias internas.

La pérdida de acceso a ambientes o ecosistemas tradicionales y la supresión de prácticas religiosas y médicas amenazan el conocimiento desarrollado sobre las plantas y las hierbas. Como los ambientes que sostienen los compuestos derivados de plantas como la digitoxina y la efedrina están desapareciendo, el conocimiento básico acerca del uso de plantas y hierbas entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska está desapareciendo incluso, rápidamente (5). El hecho que el IHS, en varias de sus instalaciones tanto en los Estados Unidos como en Alaska permita a los curanderos y otros sanadores tradicionales tener horas de consulta y tratar pacientes en sus instalaciones, es una actividad cooperativa que puede ayudar a contrarrestar esto. Compartir las instalaciones en esta manera no solo ayudará a fomentar y preservar la herencia de los indios norteamericanos/nativos de Alaska, sino que también expondrá a los profesionales del Servicio de Salud Indio a prácticas curativas no occidentales, de las cuales ellos podrán aprender (5).

La pérdida de acceso a las tierras que sus ancestros recorrieron libremente, ha extinguido los papeles propios de su género entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska hombres (como cazadores, jinetes y protectores). Los hombres indios norteamericanos/nativos de Alaska, a menudo canalizan su rabia por esa razón contra las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, quienes deben de todas formas cumplir con el papel de cuidadoras de sus familias. La violencia familiar entre indios norteamericanos/nativos de Alaska toma muchas formas: abuso y descuido infantil, abuso de los mayores, golpizas y abandono al cónyuge y abuso sexual de niños pequeños (13). La violencia se declara en un 16 por ciento de todas las relaciones maritales entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska, con un 7 por ciento de violencia severa reportada en estas relaciones (5).

Tanto la falta de ordenanzas tribales que controlen la violencia familiar, como la negativa de los funcionarios locales no indios, encargados de hacer cumplir la ley, de tomar en serio los reportes de violaciones de mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska (específicamente si son alcohólicas o abusan de sustancias tóxicas), limita los recursos de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska que buscan ayuda. Adicionalmente, muchas mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska se muestran renuentes a reportar maltrato por parte de los hombres en sus vidas, a las autoridades no indias, debido a la historia de tratamiento cruel del sistema de justicia de los Estados Unidos hacia los hombres indios norteamericanos/nativos de Alaska.

El alcoholismo y sus efectos multigeneracionales constituyen la raíz de muchos de los problemas de salud experimentados por las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, según se evidencia por la magnitud de sus tasas de mortalidad por alcoholismo, cirrosis y otras enfermedades hepáticas. Las mujeres nativas norteamericanas a menudo soportan cargas anteriores (por incesto, violación y otras formas de asalto sexual), escapando a través del alcohol y las drogas; aunque ello contribuya a tasas de mortalidad más elevadas (20). Entre las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, las tasas de mortalidad asociadas con alcoholismo son mucho más altas que entre mujeres de todas las razas. Para el periodo de 1990-1992, la mortalidad debida a alcoholismo entre las

mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska de 25-34 años de edad fue cerca de 21 entre una población de 100.000, en contraste con una tasa de cerca de 2 entre 100.000 para mujeres de todas las razas (16). Las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska entre 35-44 años de edad tuvieron entre 1990-1992 una tasa de mortalidad debida a alcoholismo de 47 entre 100.000, cerca de 10 veces la tasa de las mujeres estadounidenses de todas las razas.

Sin embargo, las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska alcohólicas o que abusan de sustancias tóxicas, rara vez reciben hospitalización, desintoxicación o asesoría para sus adicciones. En cambio, a menudo son encarceladas y pierden sus derechos de madre (5). Además, el alcoholismo y el abuso de sustancias tóxicas entre sus hijas a menudo aumentan el estrés de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska ancianas, quienes terminan cuidando de sus nietos o *biznietos*, a la vez que soportan las enfermedades crónicas típicas de las mujeres mayores (13). En particular, la falta de incorporar elementos sanadores de las culturas nativas a los programas de tratamiento de las adicciones, tal como la rueda medicinal, dentro de sus ofertas de servicios, crea otra barrera a la búsqueda de ayuda. Muchos nativos ven el uso de modelos de tratamiento euroamericanos que se concentran en la sola enfermedad más que en la persona como un todo, como otra forma de opresión. Esa creencia hace que los programas no sean efectivos para los indios norteamericanos/nativos de Alaska (5).

Las circunstancias predominantes en la vida de muchas mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska también ponen en peligro su vida, porque la pobreza, la baja autoestima, el alcoholismo y el abuso de sustancias tóxicas pueden interferir con su habilidad para buscar cuidado preventivo de salud. La necesidad de acudir a proveedores culturalmente insensibles, localizados a grandes distancias, limita las prácticas de salud preventiva y hace muy lejano el día en que medidas como el autoexamen de seno, sean enseñadas y aceptadas adecuadamente en las comunidades de indios norteamericanos/nativos de Alaska (13). El cuidado preventivo de salud para cánceres puede estar aún más lejos de convertirse en realidad, dado que no hay palabras para cáncer en algunos de los idiomas de los indígenas. Muchos sienten que hablar acerca de la enfermedad la atraerá y tienen ideas fatalistas al respecto. En otras tradiciones nativas, los sobrevivientes de cáncer son estigmatizados (5).

La respuesta al virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (HIV/SIDA) por parte de los indios norteamericanos/nativos de Alaska refleja su larga historia de maltrato por parte del gobierno de los Estados Unidos y por consiguiente, las complejidades relacionadas con el suministro de tratamiento para ellos. La infección HIV y el SIDA tampoco tienen un significado en los idiomas indígenas. Por lo tanto estas enfermedades no se pueden discutir en la lengua local y tampoco se les puede aplicar procesos curativos indígenas. Por consiguiente, HIV y SIDA se mencionan únicamente como una enfermedad del hombre blanco, como muchas otras enfermedades infecciosas a las cuales ha expuesto el hombre blanco a los indios norteamericanos/nativos de Alaska (12). Esta percepción, unida al hecho de que el Gobierno Federal no paga a los indios norteamericanos/nativos de Alaska por las pruebas de la infección HIV, como les ha pagado por participar en otros programas federales de salud, deja a muchos indios escépticos en cuanto a la necesidad de la prueba y poco deseosos de hacérsela. La falta de confidencialidad en las clínicas IHS hace que muchos indios norteamericanos/nativos de Alaska se abstengan de ser examinados y tratados (5).

Muchos indios norteamericanos/nativos de Alaska ven también el énfasis del Gobierno Federal sobre el alcance multicultural de la inversión para la prevención de HIV/AIDS, como un elemento que favorece a los norteamericanos negros y lleva a que los grupos minoritarios étnicos compitan entre ellos por recursos muy limitados. Los indios norteamericanos/nativos de Alaska tienen dificultades para identificar el HIV/SIDA como algo que puede afectarlos, al carecer de un vocero que sea indio norteamericano/nativo de Alaska, como ellos, para llevarles el mensaje en la forma como el que fue estrella del baloncesto, Magic Johnson, hace con muchos jóvenes y negros norteamericanos (12).

Nativos hawaianos y otros nativos de las islas del Pacífico

Los más de 365.000 norteamericanos nativos de las islas del Pacífico provienen de más de 22 islas de la Polinesia, Micronesia o Melanesia y hablan cerca de 1.000 idiomas diferentes (21,22). La inmensa mayoría es de las islas de la Polinesia, las islas del Pacífico central y del sur, que están más lejos de Asia. En 1990, el 85 por ciento de isleños del Pacífico, para ser exactos, más de 211.000 nativos hawaianos, cerca de 47.000 samoanos norteamericanos y cerca

de 18.000 tonganos, eran de la Polinesia (21,23). Los nativos hawaianos son la subpoblación más grande, constituyendo el 66 por ciento de todos los isleños del Pacífico, siendo los samoanos el segundo subgrupo más grande con el 15 por ciento (24,25). El noventa y tres por ciento de los residentes de Samoa norteamericana son polinesios, incluyendo los samoanos y los tonganos (quienes son el 4 por ciento de la población), junto con el 2 por ciento de blancos y el 5 por ciento de otros grupos raciales/étnicos.

Los micronesios son el segundo grupo más grande de isleños del Pacífico, cerca de uno de cada siete isleños del Pacífico; los guamanianos (más de 49.000 en 1990) son la población más grande de la Micronesia (21,23). Constituyendo el 12 por ciento de todos los Isleños de Pacífico, la mayoría de los guamanianos tienen linaje mixto, descienden de los nativos chamorros de Guam, quienes se casaron entre sí con colonos provenientes principalmente de España, Japón, las Filipinas y de los 50 estados de los Estados Unidos Los chamorros son aproximadamente la mitad de los residentes de Guam, los Filipinos una cuarta parte, los chinos y japoneses juntos una quinta parte y los blancos el 10 por ciento (26). El segundo grupo más grande de Micronesia son los belauanos (anteriormente palauanos), de los cuales se contaron un poco más de 1.400 en 1990 (21). Otras islas de Micronesia incluyen las Carolinas, las Marianas, las Marshall y las Gilbert (ahora la República de Kiribati) (27). Los habitantes de la Melanesia son sólo el 2 por ciento de los norteamericanos isleños del Pacífico, con más de 7.000 fijianos (incluyendo tanto nativos, como descendientes de los indios asiáticos que llegaron a trabajar en las plantaciones de coco al final de 1800 y comienzos de 1900), como el grupo dominante.

Cerca de la mitad (45 por ciento) de todos los norteamericanos isleños del Pacífico vivían en Hawaii en 1990; un 30 por ciento adicional vivía en California, 4 por ciento en Washington, 2 por ciento en Texas y 2 por ciento en Utah (21). La mitad de los samoanos contados en el censo de 1990 vivían en California, mientras una cuarta parte de los norteamericanos de Tonga vivían en Utah, muchos de ellos mormones conversos traidos a los Estados Unidos por misioneros (21).

Los ciudadanos de los gobiernos autónomos de las islas en el Océano Pacífico al oeste de Hawaii, tienen una gran variedad de relaciones políticas con los Estados Unidos y, en parte como resultado de esto, tienen varios niveles diferentes para el cuidado de la salud. Guam, la más desarrollada de las islas en el Pacífico occidental, tiene un sistema de salud relativamente avanzado. La Comunidad de Naciones de las Marianas del Norte, sin embargo, brinda a sus residentes un rango inferior de instituciones y cuidado de salud. La República de Belau y los Estados Federados de la Micronesia tienen hospitales viejos y ofrecen un nivel de cuidado generalmente más pobre que las otras islas ya mencionadas (28).

Nativos Hawaianos. Los nativos hawaianos son individuos cuyos ancestros eran nativos de las islas de Hawai antes del contacto inicial con los europeos en 1778 (3,5). Aun cuando la población nativa de las siete islas hawaianas habitadas en 1778, se estima en 300.000, un siglo después del contacto europeo (o sea, en 1878), la población nativa había disminuído en más del 80 por ciento, a 57.985 (29). Durante los últimos 200 años, los nativos hawaianos han enfrentado cambios sociales traumáticos, que han llevado a la pérdida de sus tradiciones y amenazado su supervivencia como un grupo definido. Gran parte de esta declinación se debió a enfermedades venéreas (que produjeron esterilidad), abortos y epidemias tales como la viruela, el sarampión, la tos ferina y la influenza. Las condiciones pobres de vivienda, las malas condiciones sanitarias, el hambre, la desnutrición, el alcoholismo y el tabaquismo también contribuyeron a esa declinación (29).

La transformación política y económica de Hawaii asociada con su conversión en estado y con el desarrollo de una moderna economía comercial y de servicio, ha llevado a los hawaianos nativos a la pérdida de tierra y de poder político (3). A principios de 1900, la demanda de mano de obra para trabajar en la economía en expansión de las plantaciones, que no se podía conseguir localmente, se satisfizo con la inmigración de más de 250.000 trabajadores extranjeros, la mayoría japoneses y filipinos. En oleadas posteriores y números más pequeños, también llegaron a Hawaii trabajadores provenientes de Portugal, Puerto Rico, España y Corea.

Como resultado, hoy la población de Hawaii es multiracial/étnica; se estima que quedan tan sólo unos 8.000 descendientes de sangre pura de los nativos hawaianos (29). Los nativos hawaianos, término que hoy en día incluye tanto los hawaianos puros como los mezclados, poseen menos de uno por ciento de las islas hawaianas, aunque están tratando de recuperar su soberanía sobre una mayor parte del estado (5). Sin embargo, los hawaianos mezclados, que pasan de 200.000, conforman una quinta parte de la población de las islas y son el grupo étnico y racial de más rápido crecimiento en Hawai.

Los nativos hawaianos representan el 13 por ciento de la población y uno de cada tres recién nacidos en las islas hawaianas (29).

Aun cuando el 70 por ciento de los nativos hawaianos reside en el oeste (en las montañas o estados del Pacífico), más de una tercera parte de los hawaianos nativos reside fuera del estado de Hawai (29). Casi tres quintas partes (59 por ciento o 42.285) de la población nativa hawaiana en los Estados Unidos continentales, vive en los estados de California, Oregón y Washington. Además, 12 estados reportan 1.000 hawaianos nativos o más. Sin embargo, la mayor parte de las estadísticas de los hawaianos nativos localizan dos terceras partes de la población como residente en el estado de Hawai.

Los problemas de salud actuales de los hawaianos nativos reflejan en gran medida su estado socioeconómico. En 1990, más del 12 por ciento de los hawaianos nativos vivían en hogares con ingresos inferiores a US$15.000 y estos nativos constituían el 22 por ciento de todos los individuos en el estado de Hawai en hogares con ingresos en este nivel (29). Por otra parte, aunque en 1989, el 6 por ciento de todas las familias en Hawai tenía ingresos por debajo del nivel de pobreza, el 14 por ciento de todas las familias hawaianas nativas tenía ingresos en el nivel de pobreza (29). Sin embargo, en 1989, el ingreso promedio de un hogar hawaiano nativo, de US$36.135, estaba cerca al ingreso promedio del estado, de US$38.829. Los hogares cuya jefe de familia era una mujer nativa hawaiana, sin un marido presente, tenían un ingreso promedio de US$17.493, consider-ablemente por debajo del ingreso promedio del estado (29). Treinta y cinco por ciento de hogares con mujeres jefe de familia tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza. En 1990, de los 77.900 recipientes de ayuda gubernamental en Hawai, el 26 por ciento eran hawaianos nativos, siendo su participación el doble del resto de la población del estado (29). De los nativos hawaianos que recibían de asistencia gubernamental, el 73 por ciento recibió ayuda del programa de Ayuda a Familias con Niños Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés), la versión anterior del programa de bienestar estatal.

La pobreza entre las mujeres nativas hawaianas está asociada con la situación de su mercado laboral. Aunque las nativas hawaianas eran el 11 por ciento de las mujeres dentro de la población civil activa, eran el 15 por ciento de las mujeres desempleadas en la población civil activa en 1991 (29). La tasa de desempleo para las mujeres hawaianas, cercana al 4 por ciento en 1991, excede la tasa de desempleo femenino en todo el país, que estaba cerca del 3 por ciento. Además de estar a menudo desempleadas, las hawaianas nativas frecuentemente son empleadas de tiempo parcial o están marginalmente autoempleadas en la agricultura o la pesca (3).

Muchos hawaianos nativos participan en conductas de alto riesgo y el grupo como un todo tiene peores resultados de salud (tal como menor expectativa de vida) que otros grupos en Hawai. En un estudio que comparó blancos, japoneses, hawaianos nativos, filipinos y chinos en Hawai, los hawaianos nativos tuvieron la más alta clasificación en todos los factores de riesgo conductual (no usar cinturones de seguridad, tener sobrepeso, fumar cigarrillos, ingerir alcohol y conducir en estado de embriaguez), excepto inactividad física (30). Aunque el Informe II del Examen Nacional de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en ingés), reportó que en 1985, el 27 por ciento de todos los adultos estadounidenses entre 20 y 59 años de edad tenían sobrepeso, un estudio de los residentes de las tierras de la Colonia Hawaiana (parcelas individuales asignadas por arrendamiento financiero a largo plazo, a personas por lo menos con un 50 por ciento de ancestro hawaiano nativo) en la gran isla rural de Molokai, encontró que el 65 por ciento de estos hawaianos nativos entre los 20 y los 59 años tenían sobrepeso. El sobrepeso se define como un índice de masa corporal (peso/altura2), 20 por ciento o más por encima del índice promedio de masa corporal para blancos. Según esta medida, las mujeres hawaianas nativas tenían una prevalencia de sobrepeso 50 por ciento mayor que todas las mujeres estadounidenses (31). Las tasas de tabaquismo entre las mujeres hawaianas nativas – 34 por ciento reportó ser fumadoras en la actualidad – fueron también ligeramente más elevadas que el 31 por ciento de participación de las mujeres estadounidenses, que reportaron ser fumadoras en ese momento. Un 15 por ciento adicional de las mujeres hawaianas nativas de Molokai indicó que habían sido fumadoras en el pasado.

La obesidad está implicada en las altas tasa de diabetes entre los hawaianos nativos, especialmente entre aquellos de 35 años de edad o más, quienes representan el 44 por ciento de todos los casos reportados en el estado de Hawai (29). Entre los hawaianos nativos en el estudio de la Colonia Molokai, se encontró evidencia no sólo de diabetes, sino de un control inadecuado de ésta, incluso entre personas que tenían conocimiento de tener la enfermedad (31). Los niveles de glicemia medidos en la sangre y detectados en la orina de hawaianos nativos

conocidos por tener diabetes, indican un mal control de esta enfermedad crónica.

Como lo sugiere la evidencia con la diabetes, los hawaianos nativos a menudo comienzan el tratamiento médico en etapas tardías de las enfermedades. A menudo buscan tratamiento médico sólo cuando el autocuidado y las prácticas tradicionales no les han proporcionado suficiente alivio (3). Este patrón se presenta en el ingreso al cuidado prenatal de las mujeres hawaianas, que representan el 24 por ciento de las mujeres embarazadas en Hawai (29). Aun cuando el 60 por ciento de las mujeres nativas hawaianas comenzó cuidado prenatal en el primer trimestre de 1989 y 1990, este porcentaje está por debajo del 70 por ciento de todas las mujeres en Hawai que buscaron cuidado al comienzo de sus embarazos. Más de una tercera parte de las mujeres que esperaron hasta el tercer trimestre para buscar cuidado prenatal eran mujeres hawaianas nativas. Además, el 36 por ciento de las que no recibieron cuidado prenatal eran madres hawaianas nativas (29). El cuidado tardío o la carencia de este a menudo se refleja en el bajo peso de los niños al nacer. En 1990, los niños hawaianos nativos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), representaron el 25 por ciento de todos los niños en Hawai con bajo peso al nacer.

Las enfermedades cardíaca s y el cáncer son las principales causas de muerte entre los hawaianos nativos, al igual que en otras poblaciones en los Estados Unidos. La hipertensión, un factor de riesgo importante tanto para las enfermedades de las arterias coronarias del corazón como para la apoplejía, es un problema para los nativos hawaianos de todas las edades (29). Incluso entre los nativos hawaianos de 6-18 años de edad, la tasa de 1.2 por 1.000 es el doble que para otros grupos étnicos en el estado (0.6 por 1.000). Entre los hawaianos nativos de 36 a 65 años de edad, la tasa de 197 por 1.000 excede la tasa de 130 por 1.000 reportada por los otros grupos raciales/étnicos en Hawai. El hecho de que la incidencia de hipertensión y enfermedad cardíaca entre los hawaianos nativos durante el ciclo de vida exceda la de los hawaianos que no son nativos, sugiere que el proceso subyacente a estas enfermedades comienza temprano en las vidas de los hawaianos nativos. Para controlar este problema de salud los programas de detección y prevención para las enfermedades circulatorias, deberían estar dirigidos a los nativos hawaianos jóvenes (32).

El cáncer de seno es el cáncer más común entre las mujeres hawaianas nativas, con la incidencia mayor de todos los cánceres presentándose entre las personas de 65-74 años de edad. Sin embargo, los casos de cáncer entre las mujeres hawaianas nativas menores de 45 años de edad, comprenden casi una cuarta parte de todos los casos entre las mujeres en las islas (29). Dado que la percepción del cáncer va ligada a creencias sobre culpa y retribución, las pacientes hawaianas nativas con cáncer de seno a menudo son fatalistas y no luchan vigorosamente contra su enfermedad (33).

El SIDA también afecta a las mujeres nativas hawaianas más que a otras mujeres en Hawai. Entre 1980 y 1993, se reportaron 12 casos de SIDA entre las mujeres hawaianas nativas, 40 por ciento de todos los casos de SIDA reportados entre mujeres en el estado de Hawai durante ese periodo. La tercera parte de todas las muertes por SIDA entre mujeres en este periodo, ocurrió también entre las mujeres nativas hawaianas. (29).

Los esfuerzos por modificar la conducta y mejorar la salud entre los nativos hawaianos y otros isleños del Pacífico, están plagados de obstáculos. Por ejemplo, la obesidad es aceptable dentro de las culturas polinesias, donde un gran tamaño corporal se considera un signo de poder y respeto (3). Adicionalmente, los esfuerzos de los extraños para buscar cambios de conducta son vistos por los hawaianos nativos como infracciones a sus tradiciones, las cuales valoran integración, equilibrio y continuidad entre el mundo natural, espiritual y personal. Solo por esta razón pueden resistirse a los cambios (5). Por ejemplo, la cultura hawaiana nativa enfatiza la preservación de la armonía, lo cual a veces hace caer al individuo en la tendencia de minimizar la importancia de eventos tales como las enfermedades que pueden hacerlos a un lado o reflejar desarmonía. Esta tendencia ocasiona demoras en la búsqueda de servicios de salud (3). Las experiencias previas con blancos y otras personas no nativas, han vuelto a los hawaianos nativos sospechosos de los investigadores médicos y sus consejos (31). Puede no ser realista esperar que los hawaianos nativos abandonen las conductas de alto riesgo, sin antes haber resuelto los problemas socioeconómicos y los conflictos culturales que contribuyen a estas conductas (3).

Una forma de resolver las barreras culturales relacionadas con la forma de llevar los servicios de salud a las mujeres hawaianas nativas, sería incorporar sistemas culturales tradicionales como el Ho'oponopono

(una conferencia familiar que garantiza la comprensión, armonía y acuerdo). Dado que la cultura hawaiana nativa se centra en la asociación y los lazos personales cercanos, para resolver o hacer frente a los problemas, los hawaianos nativos no se sienten cómodos con las burocracias impersonales y la confianza en autoridades expertas dentro de estos sistemas (3). El respeto por la importancia de 'Ohana (familia, o interdependencia y ayuda mutua y conexión con la misma raíz de origen), también es crítico para desarrollar sistemas de salud efectivos para los hawaianos nativos (5). Las clínicas de Papa Ola Lokahi del Servicio Hawaiano de Salud son un ejemplo de centros comunitarios de salud culturalmente sensibles a las necesidades de los hawaianos nativos.

Otros Isleños de Pacífico. Samoa, un grupo de islas volcánicas en el Océano Pacífico del sur aproximadamente a mitad de camino entre Honolulu y Sidney (Australia), está dividido en dos partes: el Territorio Estadounidense de la Samoa Norteamericana y Samoa Occidental, la cual ha sido un país independiente desde 1962 (21). La mayoría de los samoanos en tierra de los Estados Unidos, el segundo grupo más populoso de nativos isleños del Pacífico después de los hawaianos nativos, reside principalmente en Samoa Norteamericana, Hawai y California (26). Más Samoanos viven en tierra firme de los Estados Unidos (casi 48.000) que en Samoa norteamericana, aunque los residentes en tierra firme mantienen lazos estrechos con las familias en Samoa, por medio de visitas en ocasiones rituales y envíos mensuales de giros. Muchos regresan en algún momento a vivir permanentemente al Territorio Estadounidense de la Samoa norteamericana (26).

De todas formas, sin importar cual sea su residencia, los samoanos muestran altas tasas de diabetes mellitus no insulina dependiente, con morbilidad asociada debido a hipertensión, falla renal, enfermedad cardiovascular, ceguera y amputaciones (26). Los samoanos se cuentan dentro de las poblaciones más obesas en el mundo, siendo los samoanos en Hawai y California incluso más obesos que los que viven en Samoa Norteamericana (34). La hipertensión también es un problema para los samoanos adultos, con un 13 por ciento de mujeres samoanas en Hawai y un 18 por ciento de mujeres samoanas en California que reportan esta alteración (34). Los samoanos nacidos en los Estados Unidos tienen una mayor prevalencia de hipertensión, comparado con los samoanos nacidos en la Samoa Norteamericana.

La expectativa promedio de vida para los samoanos al nacer es cerca de 72 años; los samoanos comparten las principales causas de muerte con otras subpoblaciones norteamericanas (26). En orden decreciente de frecuencia, las principales causas de muerte entre los samoanos adultos son: enfermedad cardíaca, cáncer, accidentes, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (y las enfermedades relacionadas) e influenza y neumonía. El cáncer de seno representó el 22 por ciento de muertes por cáncer, mientras que los cánceres de pulmón y bronquios fueron la causa del 19 por ciento de muertes por cáncer entre las mujeres samoanas. El cáncer del cuello del útero representó el 8 por ciento de todas las muertes por cáncer en las mujeres (26).

El acceso al cuidado de salud entre los samoanos que viven en Samoa Norteamericana es especial, en parte debido a las relaciones políticas entre los Estados Unidos y su territorio. Aun cuando este grupo de islas, localizado 240 millas (360 km.) al suroeste de Hawai (el sitio de cuidado terciario más cercano para los residentes de Samoa Norteamericana), está médicamente subatendido, la Samoa Norteamericana ha operado localmente una forma apropiada de Medicaid desde 1983 (26). Todos los servicios de hospitalización y la mayoría de servicios ambulatorios se proporcionan en el Lyndon Baines Johnson Tropical Medical Center (LBJ) en la aldea de Faga'alu en la isla de Tutuila. Para las personas que viven en las áreas urbanas de Tutuila, estas viejas instalaciones construidas en 1968 resultan convenientes; sin embargo, las personas en las áreas rurales de Tutuila o en otras islas del Territorio Estadounidense de Samoa Norteamericana, tienen dificultades para acceder al cuidado de salud. El acceso financiero a servicios del LBJ no es un problema para la población de Samoa, debido al programa de Medicaid. No obstante, otras cosas como el escaso número de profesionales de la salud que se necesitan y su limitado alcance, la falta de disponibilidad de herramientas sofisticadas de diagnóstico y la falta de endoso monetario para reemplazar el antiguo y cada vez más obsoleto centro médico, impiden el acceso a un cuidado de salud de alta calidad en Samoa Norteamericana (26).

Los samoanos que viven en los Estados Unidos continentales tienen más probabilidades de ser pobres que otros norteamericanos y también tienen menos posibilidades de conseguir trabajos con salarios más altos, que proporcionen cobertura de seguros para sus familias (26). Veinticinco por ciento de todas las familias samoanas norteamericanas urbanas tienen ingresos por debajo del nivel de pobreza, comparado con el 10 por ciento de todas las familias blancas. La pobreza y los trabajos con salarios bajos entre los samoanos están relacionados con sus niveles más

bajos de educación. Las tasas de las mujeres samoanas que completan la escuela secundaria son más bajas que las de otras poblaciones femeninas de los Estados Unidos (26).

Otras barreras en el acceso al cuidado de salud para los samoanos norteamericanos provienen de su aislamiento lingüístico, su cultura y tradiciones y sus creencias acerca de la etiología de las enfermedades. Entre los grupos en tierra firme estadounidense, los samoanos norteamericanos urbanos son uno de los más aislados lingüísticamente, como se ve por el porcentaje de hogares donde no hay nadie que hable solamente inglés o donde no hay nadie que hable inglés "muy bien". Cerca de dos terceras partes de los samoanos en los Estados Unidos reportan que ninguno en su hogar, de 14 años o más habla sólo inglés y cerca de una tercera parte reporta que ninguno en su hogar, con 14 años o más habla inglés "muy bien" (26,35). El aislamiento lingüístico dificulta a los samoanos el buscar y recibir el cuidado de salud apropiado. Las tradiciones samoanas, como se practican en el Territorio Estadounidense de Samoa Norteamericana incluyen un estilo de vida simple, cerrado, centrado alrededor de la familia (aiga), el jefe (matai), la iglesia y la aldea. Aunque los samoanos que viven en California, Hawai y Washington tienden a vivir en comunidades similarmente cerradas y bien definidas y a establecer lazos cercanos con sus iglesias, sólo en Hawai, donde la comunidad samoana es visible y está concentrada en tres áreas definidas (Laie, Kalihi, y Waianae), se han desarrollado clínicas comunitarias para proporcionar cuidado de salud y educación culturalmente apropiados (26).

Parte de la diferencia en la prevalencia de hipertensión entre los samoanos en Samoa Norteamericana y en tierra firme de los Estados Unidos, se ha atribuido a la pérdida del efecto protector de la fuerte estructura social tradicional entre los samoanos mayores (36). Las altas tasas de suicidio entre los samoanos han sido explicadas en una forma similar. Algunos ven las altas tasas samoanas de suicidio como "la consecuencia de una respuesta culturalmente provocada a situaciones estresantes ineludibles" (37). Otros ven los suicidios como el resultado del conflicto entre los valores samoanos tradicionales y los valores recientemente introducidos.

Finalmente, las creencias de los samoanos acerca de la etiología de la enfermedad constituyen a menudo una barrera para la búsqueda de ayuda. Los samoanos atribuyen los estados de enfermedad a factores tales como demasiado trabajo, muy poco descanso, el clima, ciertos alimentos, fricciones interpersonales o asuntos morales o religiosos. Por esa razón, a menudo tardan en buscar ayuda para condiciones que son tratables o evitables.

Otros nativos de las islas del Pacífico, especialmente si viven en áreas urbanizadas y occidentalizadas, reportan también intolerancia a la glucosa, o diabetes, y han sido identificados con riesgo de problemas de salud mental (que pueden estar por debajo de intentos de suicidio). Por ejemplo, el 11 por ciento de las mujeres urbanas de la Polinesia (aparte de los hawaianas nativas y samoanas) reportan diabetes, mientras en áreas rurales entre el 1 y el 4 por ciento reportan esta enfermedad (31). Los micronesianos de Nauru, un lugar rico y relativamente occidentalizado tienen una tasa de prevalencia del 30 por ciento para diabetes, mientras que los melanesianos en Fiji reportan tasas bajas: 1 por ciento en las áreas rurales y 4 por ciento en las áreas urbanas (31).

Hispanos

Los primeros antepasados del grupo conocido hoy como hispanos o latinos fueron los colonizadores españoles, quienes a finales del 1500 vinieron de México a vivir en lo que ahora es el sudoeste de los Estados Unidos. Los descendientes de estos colonizadores están incluidos dentro de "otros hispanos" y representan el 7 por ciento de los más de 28 millones de hispanos en los Estados Unidos en 1996 (38,39,40). Los otros subgrupos importantes son mexicanos (64 por ciento), sur y centro americanos (14 por ciento), puertorriqueños (10 por ciento) y cubanos (4 por ciento) (40). Más de una tercera parte (36 por ciento) de todos los hispanoamericanos nacieron en el extranjero y el 51 por ciento de los niños nacidos de mujeres hispanas en 1992, eran hijos de mujeres que a su vez habían nacido fuera de los 50 Estados y Washington, DC (35,41). Los casi 14 millones de mujeres hispanas eran aproximadamente la mitad de la población hispana en 1996 (1).

Más del 90 por ciento de la población hispana de la nación es urbana; el 58 por ciento vive en las ciudades centrales de áreas metropolitanas (42,43). Setenta por ciento de la población hispana reside en seis de los estados más habitados (California, Texas, Nueva York, Florida, New Jersey, e Illinois), con las mayores concentraciones en cuatro ciudades: la Ciudad de Nueva York, Los Ángeles, Chicago y San Antonio (44,45). El Sur (34 por ciento) y el Oeste (42 por ciento) combinados, son el hogar de tres cuartas partes de todos los hispanos (43).

La población hispana en los Estados Unidos es diversa de distintas maneras. La integran personas

cuyo color de piel va desde el oscuro hasta el claro, pasando por todos los tonos intermedios; entre los hispanos se incluyen las mezclas con indios, negros, blancos y asiáticos (44,46). La población hispana incluye el 75 por ciento de todos los trabajadores del campo en los Estados Unidos, los obreros en esta nación con una expectativa de vida de 49 años, tasas de mortalidad infantil 25 por ciento más altas que el promedio de los Estados Unidos, y tasas más elevadas de cánceres y trastornos reproductivos que la población general (47). Diez millones de personas a ambos lados de la frontera Estados Unidos - México, entre California y Brownsville, Texas, son hispanos, muchos de ellos viven en colonias, áreas no urbanizadas legalmente, que a menudo carecen de tanques sépticos, alcantarillado y agua corriente (48). Los hispanos incluyen también a personas de países de habla hispana (como ciertas partes de El Salvador y diversas regiones de México), cuyo idioma principal no es el español (49,50). Aunque la edad promedio de la población hispana es 26 años (comparado con la edad promedio de 34 años para la población no hispana de los Estados Unidos), este promedio incluye mexicanos con una edad promedio de 24, así como cubanos, cuya edad promedio es de 43 años (40).

Entre las subpoblaciones hispanas, los mexicanos parecen disfrutar mejor salud de lo que se podría predecir, dado su estado socioeconómico y el hecho de que tienen bajas tasas de utilización de los servicios de salud tanto para enfermedades físicas como mentales (51,52,53). Específicamente, las mujeres mexicanas tienen menos probabilidades de tener hipertensión que las mujeres cubanas, o las norteamericanas negras o blancas, a pesar de su mayor probabilidad de ser más pobres que las cubanas o las norteamericanas blancas (54,55). Los puertorriqueños y cubanos, sin embargo, utilizan las instituciones de salud en tasas comparables a los blancos. Las mujeres puertorriqueñas tienen menos probabilidades de ser hipertensas y más probabilidades de ser pobres que las mujeres mexicanas. Resumiendo, hay tal variación en la salud de los subgrupos hispanos que mirar los datos acumulados puede nublar significativas diferencias intragrupales.

El estatus socioeconómico y el empleo de los hispanos, como pasa con todas las poblaciones de los Estados Unidos, influye en su acceso a los seguros de salud y por lo tanto al cuidado de salud. En 1995, el 30 por ciento de la población hispana de los Estados Unidos tenía ingresos por debajo del nivel de pobreza (56). Ese año, también una tercera parte de las mujeres hispanas tenía ingresos por debajo del nivel de pobreza. Esta tercera parte refleja el 43 por ciento de mujeres puertorriqueñas con ingresos en el nivel de pobreza en 1995, junto con el 34 por ciento de las mujeres mexicanas con ingresos similarmente bajos en ese momento (57). Veinte y siete por ciento de todas las familias hispanas tenía ingresos en el nivel de pobreza, al igual que 19 por ciento de todas las familias de matrimonios hispanos.

Las tasas de desempleo y la participación de la fuerza de trabajo explican en parte los niveles de pobreza de los hispanos. En 1993, la tasa de desempleo del 11 por ciento para la población de origen hispano (tanto hombres como mujeres), excedió la tasa de desempleo de 6.6 por ciento promedio para la población no hispana, 7 por ciento para hombres y 6 por ciento para mujeres (40). El 65 por ciento de participación de la población hispana en la fuerza laboral refleja tanto el 78 por ciento de participación para los hombres hispanos (lo cual excede el 73 por ciento de tasa de participación en la fuerza laboral para los hombres no hispanos) y el 52 por ciento de participación para las mujeres hispanas (la cual está por debajo de la tasa de participación del 59 por ciento en la fuerza laboral para las mujeres no hispanas) (40). Al igual que otras medidas, hay una variación por subgrupo en las tasas de desempleo y en la participación de la fuerza laboral para los hispanos. Las tasas de desempleo para mexicanos y poblaciones centro y suramericanas, están cerca del promedio de la población hispana, mientras las tasas para puertorriqueños están por encima y las tasas para cubanos y otros hispanos están por debajo de este nivel.

Los hogares hispanos tienen más probabilidades de estar dirigidos por mujeres, que los hogares de blancos no hispanos; estos hogares dirigidos por mujeres tienen más probabilidades de tener ingresos por debajo del nivel federal de pobreza que otros tipos de hogares. Cuarenta y cuatro por ciento de los hogares puertorriqueños están encabezados por mujeres, así como el 24 por ciento de los hogares cubanos y el 19 por ciento de los hogares mexicanos y centro y suramericanos (40). Aunque el 34 por ciento de todos los hogares no hispanos dirigidos por mujeres tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza en 1993, la participación correspondiente de los hogares hispanos dirigidos por mujeres fue del 52 por ciento. Esta participación del 52 por ciento incluye el 61 por ciento de todos los hogares puertorriqueños dirigidos por mujeres con ingresos en el nivel de pobreza, junto con el 39 por ciento de los hogares cubanos dirigidos por mujeres con ingresos comparablemente bajos (40). En general, cerca de la mitad (47 por ciento) de las familias hispanas pobres están dirigidas por mujeres y

probablemente se ven enfrentadas al estrés combinado de pobreza, falta de seguros de salud, falta de cuidado de salud para sí mismas y sus hijos y falta de apoyo social (56). Este arsenal de factores productores de estrés coloca a estas mujeres en riesgo de problemas de salud mental, así como de abuso de sustancias tóxicas y alcohol. La falta de ciudadanía puede ser un factor de estrés agregado para las mujeres hispanas pobres y puede hacer que no deseen usar las clínicas públicas y otras instituciones de salud por miedo a ser descubiertas y deportadas (58,59).

Cuando las mujeres hispanas están empleadas, tienden a tener trabajos de bajo rango y con baja paga. Los hispanos tienen más probabilidades que otros norteamericanos de estar entre los trabajadores pobres, con el 17 por ciento de todos los hispanos y el 16 por ciento de mujeres hispanas reportando que trabajan, pero ganan sueldos en el nivel de pobreza (56). Sólo el 6 por ciento de todas las personas no hispanas y el 7 por ciento de las mujeres no hispanas reportó en 1995, que trabajaban por salarios en el nivel de pobreza.

En parte como reflejo de esto, el 30 por ciento de la población hispana no estaba cubierta por seguros de salud en 1995 (57). La cubierta de Medicaid para los hispanos con ingresos comparativamente bajos varía según el estado en que residan, al igual que los requerimientos de elegibilidad y las prácticas administrativas de este programa de seguro de salud para los pobres. Los residentes hispanos en Nueva York y California tienen más probabilidades de estar afiliados a Medicaid que los hispanos igualmente pobres en la Florida o Texas (48). Además de la posible carencia de un seguro médico patrocinado por el empleador, el trabajador pobre se enfrenta a un riesgo doble con respeto al cuidado de salud, porque no puede darse el lujo de pagar de su bolsillo costosas cuentas médicas y porque no califica para programas federales como Medicaid. Algunos de los trabajadores hispanos pobres tienen la desventaja en adición de carecer de ciudadanía estadounidense y por lo tanto de no ser elegibles para programas de asistencia federal de salud, incluso cuando sus ingresos son suficientemente bajos.

Aun cuando en 1995, el 54 por ciento de las mujeres hispanas trabajaba, la mitad de ellas trabajaba sólo medio tiempo (43). La principal ocupación de las mujeres hispanas era soporte técnico, administrativo y de ventas (39 por ciento), con la siguiente participación más grande (28 por ciento) en ocupaciones de servicio (40). Este patrón se replica entre las mujeres mexicanas y entre las mujeres de "otros grupos hispanos". Sin embargo, las ocupaciones gerenciales y profesionales son la segunda categoría para las mujeres cubanas y puertorriqueñas. Las mujeres hispanas de Centro y Sur América tienen más probabilidades de tener ocupaciones de servicio, seguidas por ocupaciones de soporte administrativo, técnico y de servicio. En 1993, el promedio de ingresos (US$10.631), para las mujeres hispanas estaba cerca de US$4.000 por debajo del promedio de ingresos para las mujeres no hispanas (US$14.346) (40).

Además, grandes proporciones de mujeres hispanas trabajan en las industrias agrícolas y de semiconductores, las cuales tienen altos riesgos ocupacionales (44). Los trabajadores en la industria de semiconductores experimentan tres veces más enfermedades ocupacionales que los trabajadores en otras industrias manufactureras. Los trabajadores agrícolas están expuestos a pesticidas, al uso de equipo defectuoso y a un amplio rango de problemas de salud, tales como dermatitis, problemas musculoesqueléticos y de tejidos blandos, enfermedades contagiosas y trastornos reproductivos, así como problemas de salud relacionados con el clima (44,60).

Junto con el estado socioeconómico, el contexto cultural o aculturación, el proceso de cambio que ocurre como resultado de continuos contactos entre grupos culturales, juega un papel importante en el acceso al cuidado de salud por parte de las poblaciones hispanas (61). Se espera que más hispanos aculturados (según lo reflejan el mayor uso y habilidad con el idioma inglés, menor contacto con su tierra natal y mayor participación en la cultura angloamericana), adopten conductas y tengan resultados de salud similares a los de la cultura angloamericana dominante (62). En estudios de cáncer en Los Angeles, por ejemplo, los hispanos nacidos en los Estados Unidos , sin importar su estado socioeconómico, parecen perder el bajo riesgo de desarrollar cáncer asociado con haber nacido en el extranjero y lo reemplazan con el más alto riesgo de cáncer de sus vecinos no hispanos de Los Ángeles (46).

Sin embargo, los inmigrantes hispanos menos aculturados, tienen una probabilidad significativamente menor de ir a consultas ambulatorias por problemas de salud (tanto físicos como mentales). Un ejemplo es la incidencia del bajo peso de los niños al nacer (la cual está altamente correlacionada con la tasa de mortalidad infantil) entre las mujeres mexicanas de primera generación, menos aculturadas. Las mujeres mejicanas de primera generación, menos aculturadas, tienen una incidencia menor en cuanto al bajo peso de los niños al nacer (4 por ciento de los nacimientos vivos), que las mujeres blancas no hispanas (6 por

ciento de nacimientos vivos) y que las mujeres mexicanas de segunda generación (6 por ciento de nacimientos vivos) (63).

De forma similar, se ha encontrado que los inmigrantes de México a los Estados Unidos, durante el tiempo de vida, tienen una prevalencia más baja de fobias, abuso o dependencia del alcohol, abuso o dependencia de drogas y depresión mayor, que los mexicanos nativos norteamericanos (64). Una posible explicación para esto es que, aunque sean igualmente pobres, los inmigrantes de México tienen un sentido menor de privación que los mexicanos nativos norteamericanos y es este sentido de privación el que contribuye a la prevalencia de los trastornos siquiátricos. Si bien los inmigrantes tienen un nivel social más bajo que sus contrapartes nacidos en los Estados Unidos, pueden sentirse menos contrariados por su posición socioeconómica (que los nativos), porque ésta supera ampliamente su estándar de vida en México (64,65).

Los hispanos en general, son más obesos, menos activos físicamente y tienen menos probabilidades de participar en estilos de vida que promuevan la salud cardiovascular. Como consecuencia tienen más probabilidades de tener diabetes que la población general de los Estados Unidos. La prevalencia de diabetes entre los mexicanos norteamericanos es de dos a cinco veces la de otros grupos raciales/étnicos (66,67). En adición, el Estudio Cardiaco de San Antonio ha mostrado que los diabéticos mexicanos norteamericanos tienen cerca de 6 veces más probabilidades de tener enfermedad renal terminal y tres veces más probabilidad de tener retinopatía que los blancos diabéticos no hispanos (67).

Sin embargo, los hispanos que están más aculturados tienden a tener menos grasa corporal focalizada que sus compañeros menos aculturados; y por lo tanto, tienen menos riesgo de enfermedades crónicas como diabetes y enfermedad cardíaca. Los hispanos más aculturados probablemente se casan entre sí con grupos distintos a las poblaciones indias, que tienen una alta prevalencia de obesidad y problemas asociados de salud; y por lo tanto, han alterado su material genético lo suficiente para reducir sus factores de riesgo para estas enfermedades (68). Se ha encontrado que la mezcla de genes indios es más frecuente en mexicanos norteamericanos de estado socioeconómico bajo, que en mexicanos norteamericanos de estado socioeconómico más alto. Junto con el hecho de que los mexicanos americanos de estado socioeconómico bajo tienen más probabilidades de ser obesos y tener una distribución de grasa corporal menos favorable que otros hispanos, estos hallazgos explican parcialmente la prevalencia diferencialmente mayor de diabetes entre los mexicanos norteamericanos (67).

Otro aspecto de la aculturación de los hispanoamericanos es enfrentarse con la discriminación, prejuicios y exclusión (debido al idioma o al color de la piel), quizás por primera vez, e incorporar a su identidad un “estado de minoría” recién adquirido. Las experiencias con discriminación y exclusión pueden frustrar las expectativas de que el estado socioeconómico mejore cuando se hayan adoptado los valores de la cultura dominante (69). Esto puede explicar el que se haya encontrado que el consumo de alcohol es mayor entre las mujeres hispanas jóvenes, más aculturadas, que entre las mujeres hispanas jóvenes menos aculturadas (70). Cuando se mide por el uso del idioma y una serie de variables sociodemográficas (como educación, estado civil, ingreso y empleo), la mayor aculturación se encuentra asociada con la probabilidad de ser un bebedor y con la frecuencia del consumo de alcohol, entre las mujeres puertorriqueñas, cubanas y mexicanas (71). Por ejemplo, las mujeres mexicanas mejor educadas tenían más probabilidades de ser bebedoras que aquellas con menos educación. Sin embargo, las mujeres mexicanas que vivían en la pobreza tenían menos probabilidades de ser bebedoras que las que no vivían en la pobreza. Esto es cierto, aunque las mujeres mexicanas bebedoras que viven en la pobreza consumían más bebidas por ocasión y tenían más probabilidad de ser grandes bebedoras, que las mujeres con ingresos más altos (71).

Los mexicanos y puertorriqueños altamente aculturados, quienes se sienten frustrados por no haber podido disfrutar de los recursos educativos de los Estados Unidos , tienen más probabilidades de reportar uso de marihuana y cocaína (72). El uso de drogas intravenosas, junto con otras conductas con alto riesgo para la salud, es más frecuente entre las mujeres hispanas altamente aculturadas (73). En un estudio, el 23 por ciento de las mujeres hispanas altamente aculturadas reportó uso de drogas intravenosas, mientras el 4 por ciento de las mujeres hispanas poco aculturadas reportó lo mismo. También varían con la aculturación la frecuencia con la cual las mujeres hispanas tienen múltiples compañeros sexuales, una conducta de alto riesgo para enfermedades de transmisión sexual e infección HIV/SIDA, que afecta desproporcionadamente altos porcentajes de mujeres hispanas. Sólo el 13 por ciento de las mujeres hispanas poco aculturadas, pero el 31 por ciento de las altamente aculturadas, reportó haber tenido más de un compañero sexual en los últimos 6 meses (73).

Otros aspectos culturales que pueden influir en la salud son religión, sanación grupal y "familismo" o tradiciones familiares. Las creencias de muchos hispanos sobre la salud se relacionan con su visión de Dios como el omnipotente creador del universo, con la conducta personal sujeta al juicio de Dios (62). Creencias como estas hacen difícil establecer la importancia de las conductas de salud preventiva y también hacen difícil para las mujeres hispanas liberarse de las relaciones abusivas. A veces la religión les da a las mujeres hispanas la fortaleza para dejarlas y en otros casos, les proporciona el sentido de culpabilidad que las mantiene dentro de relaciones abusivas (58).

La renuencia de los clientes de sanadores indígenas y usuarios de medicinas caseras, a revelar su uso y las demoras asociadas a la búsqueda de cuidado biomédico mientras utilizan estos tratamientos, también puede poner en peligro la salud de los hispanos (38). Las tradiciones familiares que establecen que los hispanos deben buscar el consejo de los miembros de la familia antes de conseguir cuidado de salud profesional, también pueden generar demoras en el proceso de búsqueda de cuidado, que pueden ser costosas en términos de morbilidad o mortalidad (62,74). Así, la baja utilización de servicios de salud, que incluye pruebas preventivas como la prueba Pap, o Papanicolau, y la mamografía, pueden provenir de creencias culturales, así como de barreras socioeconómicas (75).

Finalmente, el HIV/SIDA, que afecta a la comunidad hispana, ilustra las muchas barreras, socioeconómicas, culturales y políticas, para obtener un cuidado efectivo. Los puertorriqueños, en tierra firme de los Estados Unidos y en la isla de Puerto Rico, tienen la más alta incidencia de HIV/SIDA entre los hispanos. Tienen también varias características que los distinguen de otros subgrupos hispanos y pueden contribuir a sus altas tasas de infección (76). Todos los puertorriqueños tienen ciudadanía estadounidense por lo tanto no necesitan casarse con un no puertorriqueño para mantener la residencia en los Estados Unidos. Por esa razón, los puertorriqueños se casan entre sí en proporciones más grandes que otras subpoblaciones hispanas en los Estados Unidos y tienen por lo tanto más probabilidades de tener relaciones sexuales con otro puertorriqueño, que con personas hispanas no puertorriqueñas o con personas no hispanas (76). Esto ha contribuido a la diseminación heterosexual del HIV/SIDA entre los puertorriqueños, al igual que a la existencia de redes racial y étnicamente homogéneas que comparten agujas. Los vuelos frecuentes y relativamente económicos entre la ciudad de Nueva York y Puerto Rico y la continua migración relacionada con el trabajo entre los dos sitios, han aumentado la dificultad para contar los puertorriqueños diagnosticados con HIV/SIDA y para proporcionarles cuidado continuo.

Los factores culturales influyen en la diseminación de la infección HIV y el SIDA entre los hispanos, porque con frecuencia se muestran poco deseosos de discutir asuntos íntimos y emocionales, tales como enfermedades y sexo, a menos que sean capaces de hablar con alguien en español. Las mujeres hispanas poco aculturadas, aunque tienen menos probabilidades de participar en conductas de alto riesgo a través de las cuales pueden contraer la infección HIV, pueden tener más alto riesgo de lo que su comportamiento sugeriría, porque pueden tener poco conocimiento de sus cuerpos o tener poca influencia cuando se trata de negociar el uso del condón con sus maridos o compañeros sexuales (73). Los programas educativos para prevenir HIV/SIDA, que instruyen a las mujeres hispanas a alentar a sus compañeros sexuales que son usuarios de drogas intravenosas, a usar condones, pasan por alto el riesgo que implica para las latinas hablar de esos temas. Sugerir el uso del condón puede hacer que su compañero crea que la latina o sabe demasiado acerca de sexo o le está siendo infiel y puede ponerla en riesgo de abuso físico o emocional. Ha sido difícil establecer programas educativos exitosos para las mujeres hispanas pobres (y negras), en parte porque las mujeres necesitan ayuda para sobrevivir en sus ambientes cotidianos antes de poder volverse receptivas a los programas de desarrollo de habilidades y a las estrategias informativas (73).

Norteamericanos negros

La población negra de los Estados Unidos está compuesta principalmente por africanos norteamericanos, aunque considerables cantidades de inmigrantes africanos y afrocaribeños han venido a formar parte de este grupo en los últimos 15 años (77). Los antepasados africanos del grupo conocido hoy como afroamericano, fueron traídos a las costas de lo que es ahora Estados Unidos, por los europeos, desde 1619. Hoy, hay más de 32 millones de norteamericanos negros en este país, más del 12 por ciento de la población total y son actualmente el grupo minoritario más grande (1). Más de la mitad de los negros norteamericanos (cerca de 17 millones) son mujeres y muchos tienen linaje mezclado, con antepasados caribeños, indios y europeos (44). Aproximadamente 5 por ciento de los negros norteamericanos son nacidos en el extranjero, principalmente haitianos de habla francesa y otros caribeños

que no hablan español; algunos de los cuales trabajan en labores agrícolas en los Estados Unidos (35). Aunque se han estudiado poco, existen marcadas diferencias en la aculturación entre las mujeres negras, las cuales contribuyen a la diversidad de su salud (73).

Los norteamericanos negros son una población principalmente urbana (87 por ciento de todos los hogares negros en 1995) y pueden encontrarse en todos los 50 Estados (43,77). A pesar de su carácter urbano y su más amplia distribución por los Estados Unidos, que otros grupos raciales/étnicos, más de la mitad de los negros norteamericanos viven en estos 13 Estados sureños: Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Kentucky, Louisiana, Maryland, Mississippi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee, Texas, y Virginia (77).

Las diferencias en la salud de negros y blancos son muchas y muy variadas. Los negros tienen más enfermedades no detectadas y tasas de enfermedad más altas (desde condiciones infecciosas como tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual), más condiciones crónicas (como hipertensión y diabetes) y expectativas más cortas de vida que los blancos (78,79,80,81). Las tasas de morbilidad y mortalidad para los negros, por muchas razones (cáncer, HIV/SIDA, neumonía, y homicidio) exceden las de los blancos (80,82). Se han hecho estos hallazgos aunque las mujeres negras son generalmente menos propensas que las blancas a reportar conductas de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol o de otras sustancias (79,83,84,85).

Las explicaciones para las diferencias raciales en los resultados de salud han sido buscadas por expertos y se han encontrado muchos factores contribuyentes. Aunque los mecanismos interactivos no han sido especificados, generalmente se cree que tres factores: genética, pobreza y racismo tienen la mayor influencia sobre la salud de los negros norteamericanos (78). Estos factores se tratan a continuación.

La oscuridad de la raza como un concepto para definir a los negros norteamericanos, que van desde individuos de piel clara, ojos azules y cabello lacio hasta individuos con piel oscura, ojos oscuros y cabello crespo, hace cuestionables las explicaciones puramente genéticas de las diferencias de salud entre negros y blancos. La biología parece explicar muy poco las diferencias en salud entre negros y blancos, si se examina la proporción de exceso de muertes entre negros, o sea, muertes que no habrían ocurrido si los negros tuvieran las mismas tasas de muerte relacionadas con edad y sexo que los blancos debido a condiciones hereditarias. Menos del 0.5 por ciento de las muertes entre los negros han sido atribuidas a condiciones hereditarias como anemia de células falciformes, para la cual se han establecido patrones genéticos (86,87). Por otra parte, los investigadores que estudian la prevalencia de hipertensión entre negros han encontrado que varía con el color de la piel. O sea, los negros con pigmentos claros tienen a menudo una prevalencia más baja de hipertensión que los negros de piel más oscura y el pigmento está relacionado con el grado de mezcla con blancos, cuya prevalencia general de hipertensión es más baja que la de los negros (88). Un estudio encontró que los individuos con piel más oscura identificados con un nivel social más alto eran los que tenían más probabilidad de tener presiones sanguíneas elevadas. Los individuos con piel clara y nivel social alto y los de piel oscura y nivel social bajo reportaron presión sanguínea más baja (87).

En vez de mirar las diferencias genéticas relacionadas con la población, otros relacionan las diferencias raciales en salud con subpoblaciones de negros que están expuestas a riesgos múltiples, como usuarios de drogas intravenosas, los que viven y trabajan en ambientes peligrosos, etc. Se ha notado que los factores ambientales productores de estrés, que pueden aumentar la obesidad, por ejemplo, contribuyen a la alta prevalencia de hipertensión entre negros norteamericanos (78). Sin embargo, es probable que aquellas condiciones de salud comunes entre los negros, consideradas de origen genético, reciban más atención y recursos públicos que las condiciones que surgen de conductas o elecciones de estilo de vida. Por ejemplo, condiciones como la anemia de células falciformes reciben más atención para la investigación y endoso público, que condiciones de salud atribuibles a accidentes, abuso de sustancias y enfermedades causadas por el ambiente (88).

La pobreza afectó, en 1995, el 29 por ciento de todos los norteamericanos negros y casi una tercera parte (32 por ciento) de todas las mujeres negras (56). Además, cerca de dos quintas partes de mujeres negras menores de 18 años de edad (42 por ciento) y de 75 años o más (38 por ciento) reportaron ingresos por debajo del nivel de pobreza. Los hogares de mujeres solas, el 47 por ciento de todos los hogares negros en 1995, estaban sumidos en la pobreza en un grado mayor que toda la población negra (56). Cuarenta y ocho por ciento de todas las personas en familias dirigidas por mujeres negras, pero sólo el 10 por ciento de todas las personas en familias de matrimonios negros, tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza en 1995. Adicionalmente, el 80 por ciento de los más de 2 millones de familias negras en pobreza

eran mantenidas por mujeres, sin maridos (56). La mediana de ingreso para todos los hogares negros en 1995 era aproximadamente de US$22.400, con mediana de ingreso del hogar para las familias de matrimonios negros cercana a US$41.400 (43). Para hogares dirigidos por mujeres, la mediana de ingreso en 1995 era de aproximadamente US$15.600.

Más de la mitad de la fuerza laboral negra (52 por ciento) son mujeres y muchos de estos trabajadores ganan salarios en el nivel de pobreza. Aun cuando cerca de 8 millones de mujeres negras (del total de 17 millones de mujeres negras) trabajaron en 1995, una sexta parte de ellas (casi 17 por ciento) ganaron ingresos en el nivel federal de pobreza o por debajo (56). Más de una cuarta parte de las trabajadoras jóvenes negras entre 18 y 24 años ganó ingresos en el nivel de pobreza o por debajo.

Las participaciones más grandes de mujeres empleadas: 28 y 21 por ciento, tienen ocupaciones de apoyo administrativo (incluyendo trabajo de oficina) y ocupaciones de servicio, respectivamente (89). Muchas de las mujeres negras en la fuerza laboral, el 19 por ciento en 1993, tenían trabajos de más bajo nivel, con salarios bajos, en el sector del cuidado de la salud. Las mujeres negras ocupaban el 20 por ciento de todos los empleos en hogares de ancianos (90) y el 26 por ciento de todas las posiciones como ayudantes en los hogares de ancianos. Las mujeres negras desempeñaban también cerca de una quinta parte de los trabajos en el servicio de alimentación (21 por ciento) limpieza, servicios de construcción y trabajos de lavandería (18 por ciento) en el sector del cuidado de salud.

Un ingreso inadecuado se refleja en otros aspectos de la vida cotidiana que inciden en la salud. Estos incluyen viviendas inadecuadas (lo cual puede acelerar la propagación de enfermedades contagiosas) desnutrición, el estrés de estar luchando constantemente por salir adelante, trabajos peligrosos y poco o ningún cuidado médico preventivo (87). La desnutrición en las niñas negras puede resultar más adelante en niños con bajo peso al nacer y altas tasas de mortalidad infantil cuando estas niñas sean madres. La alta tasa de mortalidad infantil ha sido relacionada también con los efectos intergeneracionales de las condiciones socioeconómicas sobre el crecimiento y desarrollo de una madre, desde antes de su nacimiento hasta la infancia, lo cual puede a su vez influir en el crecimiento intrauterino de su hijo (91,92). Dado que muchas negras de clase media son la primera generación en sus familias que llega a ese estado, una madre negra de clase media puede dar a luz a un niño cuya salud está claramente determinada por la pobreza infantil de la madre (86). Un estudio en progreso, con un número de mujeres negras de clase media, que sugiere una mejoría en la incidencia de bajo peso al nacer entre infantes nacidos de generaciones subsiguientes de estas mujeres, respalda esta explicación (93).

El estrés de estar constantemente luchando por salir adelante puede también traducirse directamente en los hallazgos de que los negros que viven por debajo del nivel de pobreza, muchos de los cuales trabajan, tienen las más altas tasas de depresión de cualquier grupo racial/étnico (94). Entre mujeres negras de 18-24 años se han encontrado síntomas de depresión con mayor frecuencia que entre mujeres blancas (95). Además, los estudios del efecto del empleo sobre las mujeres, han encontrado que el trabajar fuera de casa puede tener efectos nocivos sobre la salud física y mental si está asociado con riesgos ocupacionales, fuertes presiones laborales o malas relaciones sociales en el trabajo (96). Snapp (1992) encontró que los negros que trabajan en posiciones profesionales/gerenciales reportan niveles significativamente más bajos de colaboración de sus colegas que los trabajadores blancos en posiciones gerenciales/profesionales; un hallazgo que podría colocar este grupo de mujeres en riesgo de problemas de salud (97).

Los trabajos peligrosos pueden exponer a los negros a ciertos cánceres en un grado mucho mayor que a los blancos (82,98). Las mujeres negras tienen más probabilidades de trabajar en ocupaciones peligrosas que las blancas. Cerca del 75 por ciento de las plantas avícolas en esta nación, similares a la que se incendió y mató 25 personas en Hamlet, N.C., en 1991, están ubicadas en el sur, predominantemente en vecindarios de pobres y negros. El incendio fue fatal, porque las puertas de seguridad estaban trabadas e impidieron que la gente escapara. Dos terceras partes de la fuerza laboral de esta planta (hombres y mujeres) eran negros (44).

Los peligros en el medio ambiente en que viven minan también la salud de los negros norteamericanos. Uno de los primeros grandes estudios que relacionó la raza con los riesgos ambientales, fue un estudio de la Oficina de Contaduría de los Estados Unidos, en 1983, el cual encontró que tres de los cuatro terrenos donde se botan desechos tóxicos en el Sudeste, estaban localizados predominantemente en áreas de pobres o de negros (47). Un reporte del Grupo de trabajo sobre la Equidad Ambiental de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) encontró que los negros tienen tasas más elevadas de cáncer pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva

crónica y que los negros tienen mayor exposición al aire contaminada en los ambientes en los cuales viven y trabajan. Este reporte, sin embargo, no hizo una conexión causal entre estos hallazgos. La participación de negros norteamericanos que viven en áreas declaradas por la EPA como zonas que no cumplen con las normas de calidad del aire, excede la de blancos para los siguientes contaminantes del aire: partículas, monóxido de carbono, ozono, dióxido de azufre y plomo (99). Más de tres quintas partes de los negros (62 por ciento) vivían en áreas que no cumplen con las normas de calidad de ozono, mientras casi la mitad (46 por ciento) vivían en áreas que no cumplen con las normas para monóxido de carbono. La exposición al plomo ambiental (por aire, agua, tierra/polvo y alimentos) y la prevalencia de altos niveles de plomo en la sangre (más de 15 g/dl) son también más comunes entre los negros norteamericanos (con respecto a otros grupos raciales/étnicos), pero especialmente entre los niños negros (99).

La exposición a riesgos en el ambiente del trabajo y la vivienda sugiere que los negros norteamericanos podrían tener una mayor necesidad de cuidado preventivo de salud que otros grupos. En realidad, muchos negros tienen poco o ningún cuidado preventivo por una gran variedad de razones, que incluyen:

- ignorancia de los padres acerca de los síntomas de la enfermedad y de cuándo buscar cuidado médico;
- falta de un seguro de salud que les permita el acceso al cuidado de salud;
- falta de instalaciones en su barrio, donde puedan buscar cuidado de salud;
- el uso persistente de servicios de urgencia para tratar condiciones crónicas, que serían mejor manejadas en otros ambientes; y
- la discriminación racial encontrada al buscar cuidado médico (86,100).

Las mujeres ancianas negras tienen una especial probabilidad de reportar no haberse hecho la prueba Pap, o Papanicolau, ni las mamografías, las principales técnicas utilizadas para detectar el cáncer del cuello del útero y del seno, respectivamente (101). El riesgo de cáncer del cuello del útero entre mujeres negras es de 2 por 100, más del doble que para mujeres blancas, y la tasa de muerte ajustada por edad para mujeres negras, es más de 2.5 veces la de blancas (82,102,103). El riesgo estimado de desarrollar cáncer de seno durante el ciclo de vida fue de 10 por 100 para las mujeres blancas nacidas en 1980 y 7 por 100 para las mujeres negras nacidas el mismo año (102). Sin embargo, significativamente menos mujeres negras que blancas, sobreviven cinco años después del diagnóstico de cáncer de seno (82).

La discriminación racial y el racismo han seguido siendo factores operativos importantes en la salud y el cuidado de la salud de los negros. Desde 1867, los voceros negros concluyeron que el racismo era un importante factor contribuyente a la mala salud de los negros norteamericanos de dos maneras significativas. Primero, el "racismo estructural" crea barreras para obtener acceso al cuidado adecuado y segundo, tener que soportar a la vez barreras estructurales e insultos raciales, puede contribuir a los problemas de salud relacionados con el estrés, tales como la hipertensión inducida por el embarazo entre las mujeres negras (104,105). Un estudio encontró que el estrés relacionado con el racismo puede estar enraizado en el exceso de comida y la obesidad que resulta de esto que es común entre mujeres negras y puede estar asociado con la prevalencia de más del doble de hipertensión y la prevalencia de más de cuatro veces de diabetes entre las mujeres negras, comparado con las mujeres blancas de 18 a 30 años de edad (106).

El "John Henrismo", definido como la predisposición conductual a trabajar duro y luchar con determinación contra las adversidades del ambiente, ha sido presentado como una explicación para las diferencias en las tasas de hipertensión entre negros y blancos. La alta presión arterial en negros es una respuesta a la incongruencia entre la posición social que podría merecer por su trabajo y la posición que realmente ocupa (107). Otra investigación sugiere que la presión arterial se eleva entre negros, en conexión con la discriminación racial en el trabajo, en reacción a escenas de películas que muestran confrontaciones violentas y racistas y como respuesta interiorizada a la discriminación racial y al tratamiento injusto (108). Un reciente análisis de la relación entre las experiencias autoreportadas de discriminación racial y presión arterial entre hombres y mujeres de la clase trabajadora, indican que la presión arterial es más baja entre quienes reportaron haber confrontado el tratamiento injusto, que entre quienes aceptaron la discriminación racial como una parte inalterable de la trama de la sociedad de los Estados Unidos (108).

Otra respuesta al racismo que afecta la salud de mujeres negras es la rabia interiorizada de los hombres negros contra su maltrato, que muy a menudo se manifiesta en rabia y comportamiento violento contra las mujeres negras (109,110). Esta violencia ha producido las más altas tasas de homicidio del cónyuge entre mujeres negras, más del 4 por 100.000 (111). El racismo incluso influye en la respuesta de las mujeres negras a

la violencia doméstica. A menudo se abstienen de llamar a la policía, por miedo a que ésta al llegar trate brutalmente a los hombres que las han golpeado (58).

La discriminación racial ha limitado el acceso de los negros a ingresos más altos, mejor cuidado de salud, viviendas adecuadas y mejor educación, los cuales son necesarios para conseguir niveles modernos de salud y mortalidad (112). La discriminación racial probablemente "exacerba los efectos nocivos de la pobreza sobre la salud mental de los negros" (98). Ser negro incide sobre la salud, incluso en los niveles más altos de ingresos. Un estudio de estrés encontró que su severidad es mayor en los negros de clases más bajas y es menor en los blancos de clase media. Incluso, lo que es todavía más notable, es el hecho de que los negros de clase media y los blancos de clase más baja tenían niveles similares de estrés (98).

Otro ejemplo de lo que puede ser una respuesta sicofisiológica al racismo es el resultado de los embarazos. Aunque hay una significativa distancia en las tasas de mortalidad entre niños de todas las madres blancas y negras, hay una brecha incluso más grande en las tasas de mortalidad infantil de madres blancas y negras de nivel socioeconómico más elevado (87). Las tasas de mortalidad para niños nacidos de padres negros educados en la universidad (de 1983 a 1985) fue 90 por ciento más alta que las tasas entre niños nacidos de padres blancos educados en la universidad (92). Este exceso de mortalidad se debe especialmente a mayores tasas de mortalidad asocidas con partos prematuros y el bajo peso de los niños negros al nacer. Aunque se ha encontrado que la relación de un niño con el padre es crítica al comienzo del cuidado prenatal y las mujeres negras a menudo no viven con los padres de sus niños por nacer, mientras están embarazadas, las diferencias en el uso de cuidado prenatal no explican totalmente las disparidades entre las mujeres negras y las blancas en la incidencia de nacimientos de niños con peso bajo o muy bajo (59,91). Otros factores como la frecuencia de intervalos de menos de nueve meses entre los embarazos (que es mayor entre las mujeres negras que entre las blancas) también se ha asociado con la mayor incidencia de niños de bajo peso al nacer entre las mujeres negras. Sin embargo, todavía falta proporcionar una explicación completa para esta disparidad (113).

Las parejas de inmigrantes negros, comparadas con las parejas de negros nativos, tienen una incidencia más baja de niños de bajo peso al nacer. La incidencia de niños de bajo peso al nacer entre inmigrantes negros es similar a la de las parejas de blancos. Los niños negros nacidos en ciudades más segregadas, tienen tasas más altas de mortalidad infantil que sus contrapartes nacidos en ciudades menos segregadas, otro hallazgo sugestivo que no explica totalmente la incidencia diferencial (105).

El impacto sobre la salud de las respuestas al racismo, puede verse por las altas tasas de mortalidad de los negros debido a enfermedades como el cáncer e infección HIV y SIDA. Las pacientes negras con cáncer del seno tienen el peor pronóstico en general, un peor pronóstico en cada etapa y son diagnosticadas en una etapa más avanzada que las pacientes hispanas o blancas con cáncer del seno (114). Una mayor incidencia de tumores más agresivos podría resultar de un diagnóstico en etapa más avanzada y producir tasas de supervivencia más bajas, lo cual hace del cáncer de seno una enfermedad con más baja incidencia, pero mayor mortalidad entre las mujeres negras, que entre las blancas. Baquet et al. (1991) encontró una significativa relación inversa entre el nivel socioeconómico y la incidencia de cáncer del cuello del útero y de cáncer pulmonar y atribuyó parte de la elevada incidencia de estos cánceres al nivel socioeconómico desproporcionadamente bajo de los negros (115). Los negros generalmente están menos educados sobre los signos de peligro y son más pesimistas acerca del tratamiento para el cáncer, que los blancos. Estos dos factores contribuyen también a hacer del cáncer una enfermedad terminal, como muchos negros la conciben (116).

Se ha sugerido que la experiencia de luchar contra HIV/SIDA es diferente para la mayoría de los blancos que para las minorías y los pobres. Para los blancos con HIV/SIDA, el hecho de tener educación y empleo contribuye a su sentimiento de rabia contra la enfermedad y los motiva a pelear por lo que están perdiendo. Los negros y los miembros de otros grupos minoritarios, quienes pueden no haber tenido nunca estas ventajas, no tienen ese sentimiento de pérdida o el impulso asociado y las herramientas educacionales, con las cuales pelear contra la pérdida. Las demoras en buscar cuidado médico, las diferencias en la salud preexistente y las diferencias en las drogas administradas como tratamiento, generan un tiempo promedio de supervivencia de seis meses para los negros después del diagnóstico de HIV/SIDA, mientras los blancos tienen un promedio de supervivencia de 18 a 24 meses (117).

Las mujeres representan una pequeña pero creciente porción de los casos de síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA) reportados en los Estados Unidos. En 1996, el 20 por ciento de todos los casos de SIDA reportados eran mujeres, una participación algo más grande que el casi 15 por ciento de todos los casos

de SIDA (reportados entre 1981 y 1996) representado por mujeres. Ambas acumuladas, las cifras desde 1981 (47.367 casos) y durante 1996 (8.147 casos) reportaron entre mujeres negras el mayor número de casos de SIDA entre las mujeres. Durante los mismos periodos, 20.026 y 2.888 casos, respectivamente, fueron reportados entre mujeres blancas (118). Cincuenta y nueve por ciento de todos los casos de SIDA reportados entre mujeres en 1996 y 55 por ciento de todos los casos de SIDA reportados entre mujeres de 1981 a 1996, fueron de mujeres negras.

Entre las mujeres negras, durante 1996, el contacto heterosexual (37 por ciento de los casos) fue la principal fuente de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), causante del SIDA. Sin embargo, el uso de drogas inyectadas fue la causa de SIDA para la mitad (47 por ciento) de todos los casos reportados entre las mujeres negras. Este patrón dual entre las causas de transmisión es el mismo para las mujeres blancas, aunque entre las mujeres hispanas, asiáticas e isleñas del Pacífico el contacto heterosexual es reportado como la mayor causa de SIDA tanto en 1996 como desde 1981 (118). Entre las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, el uso de drogas inyectadas ha sido consistentemente la principal causa reportada de SIDA.

Las investigaciones tanto en Los Ángeles como en el sur de la Florida sugieren que las mujeres negras continúan participando en conductas que las colocan en alto riesgo de infección (73,119). Diez por ciento de las mujeres negras en la encuesta de Los Ángeles reportó el uso de drogas intravenosas en el último mes, mientras el 10 por ciento de la muestra de Florida indicó que sus compañeros sexuales eran usuarios de drogas inyectadas. Más de la mitad (53 por ciento) de las mujeres negras en la encuesta de Florida reportó que habían tenido relaciones sexuales con su compañero principal sin usar protección y una quinta parte (20 por ciento) indicó que no usarían un condón si su compañero sexual fuera HIV-positivo (119). Casi una tercera parte de las mujeres negras en la encuesta de los Ángeles reportó tener relaciones sexuales con múltiples compañeros (73). Las mujeres haitianas en la Florida reportaron también relaciones sexuales sin protección con su compañero principal (71 por ciento) y que no usarían un condón con un compañero HIV-positivo (44 por ciento) (119). Estos altos porcentajes de mujeres negras norteamericanas y haitianas quienes reportaron que no usarían un condón con un compañero HIV-positivo pueden reflejar las realidades culturales que estas mujeres enfrentan; ellas saben que serían incapaces de pasar por alto las normas económicas y que rigen el papel de los sexos, con el fin de tener unas relaciones sexuales "más seguras".

El resentimiento de otros por las injustas ventajas concedidas presumiblemente a los negros bajo programas de acción afirmativa, contribuye al sentimiento de exclusión y de falta de igualdad en la tendencia norteamericana, que tienen los negros, un sentimiento que los oprime económica, social y físicamente. Incluso si la pobreza en los Estados Unidos se redujera, mientras las desigualdades económicas, sociales y políticas persistan, es probable que la salud de los norteamericanos negros permanezca deteriorada (98).

Norteamericanos asiáticos

Aunque los problemas de salud de los asiáticos y de los isleños del Pacífico norteamericanos a menudo se analizan conjuntamente, en este libro de hechos concretos, los grupos se separan. Los isleños nativos del Pacífico se consideran norteamericanos nativos y se consideran junto con los indios norteamericanos/nativos de Alaska. (ver apartado sobre isleños del Pacífico en la sección de norteamericanos nativos). Las poblaciones asiáticas se tratan unidas. Este cambio se hizo porque los isleños nativos del Pacífico son sólo el 5 por ciento del total de asiáticos e isleños del Pacífico y a menudo tienen resultados de salud más afines con los de los indios norteamericanos/nativos de Alaska, que con las subpoblaciones asiáticas. Adicionalmente, los isleños nativos del Pacífico no son inmigrantes a los Estados Unidos, como son las poblaciones asiáticas. Por ello, se ha hecho un esfuerzo para separar los asiáticos de los isleños del Pacífico siempre que sea posible y para presentar los datos de los grupos por separado. Sin embargo, se usan las estadísticas conjuntas para asiáticos e isleños del Pacífico, cuando no se dispone de otra cosa.

Los norteamericanos asiáticos (y sus descendientes) son inmigrantes a los Estados Unidos, provenientes de más de 20 países y hablan más de 100 idiomas diferentes. Vienen de lugares como la China, India, Japón, las Filipinas, Corea, Laos, Camboya, Vietnam y Tailandia y representan más de 60 etnias diferentes (22). En 1990, las subpoblaciones más grandes (en orden descendiente) eran personas de ancestro chino, filipino, japonés, indoasiático, coreano y del sudeste asiático. Para el año 2000 los filipinos están proyectados como la subpoblación asiática más grande, seguidos de los chinos, vietnamitas, coreanos y japoneses norteamericanos, en ese orden (120).

Las cifras de asiáticos e isleños del Pacífico en los Estados Unidos (tanto hombres como mujeres), han crecido de 1.5 millones en 1970, a más de 7.2 millones

en 1990 y más de 9 millones en 1996, convirtiéndolos en el grupo minoritario de más rápido crecimiento en los Estados Unidos. El censo de 1990 contó 6.9 millones de personas de ancestro asiático y más de 365.000 isleños del Pacífico entre la población de 7.2 millones (21). Los asiáticos e isleños del Pacífico son actualmente más del 3 por ciento del total de la población estadounidense y cerca del 13 por ciento de toda la gente de color (1). Las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico representan el 13 por ciento de todas las mujeres de color y el 52 por ciento de todos los asiáticos e isleños del Pacífico norteamericanos (1).

La mayoría de los asiáticos norteamericanos, más del 90 por ciento, viven en centros metropolitanos. Los estados con las participaciones más grandes de asiáticos e isleños del Pacífico norteamericanos son California, Hawai y Washington. Más del 55 por ciento de todos los asiáticos e isleños del Pacífico viven en estos tres estados, y los restantes viven en Nueva York, Nueva Jersey, Illinois y Texas (25). Entre todos los estados, los asiáticos e isleños del Pacífico son la proporción más grande de la población en Hawai: 62 por ciento (2). Sin embargo, cuando se examina el crecimiento de las poblaciones de asiáticos e isleños del Pacífico por Estado, entre 1980 y 1990, los cinco estados con los aumentos más grandes son Rhode Island (246 por ciento), New Hampshire (219 por ciento), Georgia (210 por ciento), Wisconsin (195 por ciento), y Minnesotta (194 por ciento), ninguno de ellos de la costa oeste, ni estados considerados tradicionalmente como hogares, para grandes cantidades de asiáticos e isleños del Pacífico (24).

Principales subpoblaciones

La diversidad de historias de las subpoblaciones asiáticas que han inmigrado a los Estados Unidos, contribuyen a la amplia distribución bipolar en sus posiciones socioeconómicas y de salud. La mayoría de los inmigrantes asiáticos han llegado a los Estados Unidos después de 1965, cuando la Suprema Corte eliminó las cuotas de inmigración basadas en origen nacional y cuando sólo había cerca de 1 millón de asiáticos en los Estados Unidos. Sin embargo, la inmigración china a este país, data de mediados de 1800. Con la declinación del comercio de esclavos africanos y el descubrimiento del oro, oleadas de hombres chinos principalmente, fueron traídos a los Estados Unidos como mano de obra barata y dócil, a trabajar en las minas y líneas férreas de los estados del oeste. Esta nueva clase servidora se convirtió en el nuevo "negro" para la mayoría de los blancos y algunos los denominaban "negros" (121). Apodados posteriormente como el "peligro amarillo", portadores de enfermedades y paganos, se les prohibió a los chinos la entrada a los Estados Unidos, con base sólo en la raza, por el Acta de Exclusión China de 1882. Esta prohibición permaneció en efecto hasta 1943, y sólo en 1952 los inmigrantes chinos pudieron convertirse en ciudadanos de los Estados Unidos (23,122).

En el período 1960-1985, la población china de los Estados Unidos se cuadruplicó e inmigrantes de las etnias y estratos sociales más diversos vinieron a los Estados Unidos (23,122). Entre 1980 y 1990, la población china norteamericana se duplicó, principalmente debido a la inmigración; el 63 por ciento de todos los chinos norteamericanos nacieron en el extranjero (23). En 1990, más de 1.6 millones de personas de ascendencia china residían en los Estados Unidos y constituían el 23 por ciento de la población asiática norteamericana (123). Aun cuando los chinos norteamericanos viven en todo Estados Unidos, las concentraciones más grandes se encuentran en California (más de 700.000) y en el Estado de Nueva York (más de 284.000) (124). Dado que los chinos norteamericanos tienen una gran diversidad de clases, ocupaciones y trasfondos regionales y lingüísticos, en muchas de las comunidades de chinos norteamericanos, la unidad es una meta difícil de alcanzar (25). Las diferencias entre los nacidos en el extranjero y los nacidos en Estados Unidos, los residentes urbanos y los suburbanos, los antiguos y los recién llegados, los norteños y los sureños, católicos y protestantes, cristianos y budistas, profesionales y trabajadores, ricos y pobres, frecuentemente ignoran una identidad étnica común (125).

La segunda subpoblación asiática norteamericana más grande en los Estados Unidos es la de los filipinos norteamericanos. Desde la intervención estadounidense en las islas filipinas, los filipinos han emigrado a Hawai y a los Estados Unidos continentales en tres grandes oleadas (23). Entre 1903 y 1910, una primera oleada de filipinos vino a los Estados Unidos para asistir a instituciones educativas; una segunda oleada migró después de la Segunda Guerra Mundial para trabajar en agricultura en Hawai y en tierras de los Estados Unidos. La tercera oleada integrada por menos hombres solteros, más grupos familiares y más personas con educación elevada, comenzó después de 1965 y continúa todavía hoy (25). La evidencia de esta tercera oleada es el aumento de un 81 por ciento en la población filipina de los Estados Unidos entre 1980 y 1990. En 1990, los filipinos norteamericanos llegaban a 1.4 millones y eran el 19 por ciento de la población asiática norteamericana (123). Más del 64 por ciento

de los filipinos norteamericanos son nacidos en el extranjero (23).

La inmigración de Japón a Hawai y los Estados Unidos continentales comenzó en grandes cantidades alrededor de 1885 y llegó a su tope entre 1900 y 1910. El Acta Nacional de Orígenes prohibió la entrada de japoneses y otros asiáticos a los Estados Unidos después de 1924 y contribuyó a las distinciones marcadas entre la primera generación de japoneses norteamericanos (Issei), la segunda (Nisei) y las generaciones subsiguientes (23,25). Dado que los japoneses norteamericanos de la primera generación (muchos de los cuales fueron reubicados e internados en campos de concentración en los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial), migraron a los Estados Unidos cuando Japón tenía un solo idioma sin dialectos significativos, tienen un sentido de nacionalismo más fuerte que los inmigrantes de las generaciones posteriores (23). Este sentido de identidad nacional entre los Issei ha sido postulado como la explicación para la fuerte identidad entre este grupo de inmigrantes en particular. Hoy en día, la población japonesa norteamericana, compuesta por 847.562 personas (11 por ciento de todos los norteamericanos asiáticos), reside principalmente en California y Hawai. Más del 70 por ciento de todos los japoneses norteamericanos son nacidos en los Estados Unidos.

Los más de 800.000 indoasiáticos norteamericanos (11 por ciento de todos los norteamericanos asiáticos) viven principalmente en el este de los Estados Unidos, aunque cerca de 160.000 indoasiáticos viven en California (21,25,123). El estado de Nueva York es el hogar del segundo número más grande (casi 141.000) de indoasiáticos. En 1992, la mayoría de los niños nacidos de mujeres asiáticas en los Estados de Illinois (hogar de más de 64.000 indoasiáticos) y Nueva Jersey (hogar de más de 79.000 indoasiáticos) eran de mujeres indoasiáticas (35). Los indoasiáticos han emigrado a los Estados Unidos en grandes cantidades desde 1965, aunque algunos habían llegado al oeste de los Estados Unidos a comienzos de 1900, después de migrar inicialmente a la Columbia Británica. Aunque son de diferentes procedencias y grupos étnicos, la mayoría comparte una tradición común de práctica médica no occidental (ayurvédica) y muchos son profesionales altamente educados (21,25).

Los coreanos norteamericanos, una de las poblaciones asiáticas más homogéneas en términos de idioma, etnia y cultura, es también una de las subpoblaciones asiáticas de más rápido crecimiento en los Estados Unidos (21). Su población aumentó más de 10 veces entre 1970 (población de 70.000) y 1990 (población de 800.000), hasta hacer de los coreanos norteamericanos el 11 por ciento de la población asiática total de los Estados Unidos (123,126). Los coreanos norteamericanos comenzaron a emigrar a los Estados Unidos en respuesta a las condiciones inestables, tales como inundaciones, hambruna y epidemias en su tierra natal a finales de 1800 y comienzos de 1900, llegando a Hawai y los Estados Unidos continentales principalmente como trabajadores por contrato (127). Otros han emigrado como resultado de la interacción Estados Unidos-Corea durante la Guerra de Corea (ej., esposas de militares y huérfanos adoptados por norteamericanos) (23). La población coreana de los Estados Unidos se duplicó entre 1980 y 1990, siendo la inmigración el mayor factor de ese crecimiento; en 1990, más del 80 por ciento de todos los coreanos norteamericanos eran nacidos en el extranjero. Después de 1965, los inmigrantes coreanos, tienden a llegar a los Estados Unidos como familias y la mayoría son bien educados.

Los asiáticos del sudeste empezaron a migrar a los Estados Unidos principalmente después de 1975, cuando los conflictos en esa región de Camboya, Laos y Vietnam fueron cesando paulatinamente. La mayoría de los refugiados de estos conflictos que vinieron a los Estados Unidos eran vietnamitas (66 por ciento), con camboyanos y laosianos constituyendo cada uno cerca del 20 por ciento de los inmigrantes del sudeste asiático (23). Las primeras oleadas de refugiados durante el período posterior a 1975 generalmente eran mejor educados y más adinerados que los que llegaron después, muchos de los cuales, especialmente los Hmong (una población de origen chino que migró a Laos y después a Tailandia y los Estados Unidos) y los laosianos, eran pobres, analfabetos y nada familiarizados con la cultura occidental al momento de su llegada. El trauma del desarraigo y la reubicación está relacionado con muchos de los problemas de salud de estas subpoblaciones Asiáticas. Cerca de 615.000 vietnamitas, 149.000 laosianos, 147.000 camboyanos y más de 90.000 Hmong, residían en los Estados Unidos en 1990 (23). La mayoría de los asiáticos del sudeste viven en estados del oeste, con 46 por ciento de vietnamitas y 48 por ciento de camboyanos que viven en California (128,129).

Factores que afectan la salud

La imagen de "minoría modelo" reemplazó los estereotipos negativos aplicados a los chinos y

otros asiáticos norteamericanos en 1966. Habiendo comenzado poco después de los disturbios de los Watt en 1965, en Los Ángeles, la identificación de una minoría modelo es vista por algunos como un intento de probar que el sistema social de los Estados Unidos funciona para las minorías (24,121). Sin embargo, los asiáticos a menudo son incitados a pelear contra otros grupos minoritarios y son convertidos en chivos expiatorios por blancos de bajos ingresos y otras minorías, que culpan indirectamente a los asiáticos de su falta de éxito y proclaman que los asiáticos les quitan sus oportunidades de educación y de empleo. El epíteto de "minoría modelo" tiene implicaciones directas sobre la salud y el nivel económico de los asiáticos norteamericanos. Se tiende a trivializar los problemas de salud de los asiáticos, sugiriendo que ellos pueden atender estos problemas por su cuenta y se pasan por alto la diversidad entre los asiáticos y los problemas a que se enfrentan algunos de los refugiados recién llegados (130).

Los problemas de salud de los asiáticos norteamericanos son empeorados por un complejo conglomerado de barreras culturales, lingüísticas, estructurales y financieras para acceder al cuidado. En 1980, un idioma distinto al inglés era hablado en casa por nueve de cada 10 asiáticos norteamericanos de 5 años de edad o más (131). En 1992, el 42 por ciento de la población vietnamita norteamericana mayor de 5 años de edad vivía en un hogar aislado lingüísticamente, o sea, un hogar en el cual ninguna persona de 14 años o más hablaba sólo inglés y ninguna persona de 14 años o más, que hablara un idioma distinto al inglés, hablaba también inglés "muy bien" (35). Cerca de tres quintas partes de los asiáticos norteamericanos son nacidos en el extranjero y en 1992, sólo el 17 por ciento de todas las madres asiáticas que dieron a luz en los Estados Unidos había nacido en los Estados Unidos (35). Si residen ilegalmente en los Estados Unidos, los asiáticos norteamericanos pueden no buscar cuidado médico por miedo a que se revele su estado ilegal y sean deportados.

Puesto que muchos asiáticos son incapaces de comunicarse en inglés, no consiguen empleo fácilmente. Cuando se emplean, es a menudo en pequeños negocios o en fábricas donde son explotados, con condiciones laborales inseguras e insalubres, sin beneficios adicionales como seguros de salud. Tres quintas partes de todas las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico formaban parte de la fuerza laboral en 1990, con más de una quinta parte (22 por ciento) empleada en ocupaciones administrativas. Una sexta parte (17 por ciento) de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico tenía ocupaciones profesionales especializadas, mientras un 16 por ciento adicional tenía ocupaciones de servicio (132).

Aunque sólo el 15 por ciento de todos los asiáticos e isleños del Pacífico y sólo el 29 por ciento de todos los hogares dirigidos por mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico reportó ingresos por debajo del nivel federal de pobreza en 1995, estos promedios enmascaran una considerable variación entre las subpoblaciones (133). Por ejemplo, el porcentaje de la población por debajo del nivel de pobreza iba desde un bajo 6 por ciento entre los japoneses norteamericanos, hasta un alto 66 por ciento entre los laosianos en 1990 (comparado con cerca del 13 por ciento para toda la población de los Estados Unidos) (37). La proporción de familias vietnamitas que reportó ingresos por debajo del nivel de pobreza en 1990 (24 por ciento) fue más de tres veces la de las familias indoasíaticas (7 por ciento) (35). Los Hmong y los camboyanos norteamericanos reportaron niveles de pobreza por encima del 45 por ciento (23).

Tanto los ingresos familiares como los individuales de los asiáticos norteamericanos, sostienen el hallazgo de tasas de pobreza dispares entre las subpoblaciones. En 1980, los asiáticos norteamericanos tenían ingresos familiares de US$6.900, menos que el promedio estadounidense de US$7.400. En ese entonces, sólo los indonesios, chinos y japoneses norteamericanos tenían un ingreso promedio per capita por encima del promedio estadounidense (23). En 1990, la mediana de ingreso familiar para asiáticos e isleños del Pacífico era de US$35.900 (más alto que la mediana de ingreso familiar promedio de US$35.000 para los norteamericanos blancos no hispanos) y 37 por ciento de todos los hogares de asiáticos e isleños del Pacífico norteamericanos tenía ingresos anuales de al menos US$50.000. Al mismo tiempo, más del 5 por ciento de los hogares asiáticos e isleños del Pacífico tenía ingresos de menos de US$5.000 y cerca del 12 por ciento tenía ingresos de menos de US$10.000 (134). La reubicación de más de 1 millón de refugiados indochinos en los años 70 y 80, hizo la distribución bimodal aún más pronunciada, porque los refugiados llegados después de 1979 han experimentado tasas más altas de desempleo, subempleo y pobreza que otros asiáticos norteamericanos y otras minorías (37). Por ejemplo, en 1980, el desempleo entre los Hmong (20 por ciento), laosianos (15 por ciento), y camboyanos (11 por ciento) excedió el promedio de los Estados Unidos (23).

La cobertura de los seguros de salud varía entre las mujeres asiáticas norteamericanas, al igual que

los niveles de empleo e ingresos. Ochenta y uno por ciento de todas las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico y 91 por ciento de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico de 65 años o más reportaron tener cubierta de seguro de salud privado o público en 1995 (133). Catorce por ciento de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico reportó cubierta de Medicaid y casi el 7 por ciento reportó cubierta de Medicare. Cerca de dos terceras partes (66 por ciento) de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico tenía seguro privado de salud. A pesar de las altas tasas de cubierta en general, ciertas subpoblaciones de asiáticos carecen de seguro de salud y esto hace que algunas mujeres asiáticas norteamericanas sean usuarias frecuentes de los servicios de emergencia de los hospitales. Un estudio de coreanos norteamericanos residentes en el condado de Los Ángeles encontró que el 50 por ciento de los que estaban por debajo de 65 años de edad y 45 por ciento de los de 65 años o más, no tenían seguro de salud (135).

Aunque las mujeres asiáticas norteamericanas exhiben en general estilos de vida saludables, como por ejemplo, una prevalencia más baja de tabaquismo (10 por ciento) que entre las otras mujeres norteamericanas (25 por ciento), hay una gran variación por subpoblación tanto en conductas saludables como en prevalencia de enfermedades (24). Por ejemplo, este 10 por ciento general de prevalencia de tabaquismo tiene tasas más altas entre los japoneses norteamericanos (19 por ciento de los cuales reportó en un estudio de California, que fumaba) y los filipinos norteamericanos (11 por ciento de los cuales reportó que fumaba, en el mismo estudio), con las tasas más bajas para las mujeres chinas (7 por ciento de las cuales reportó, en el estudio de California, que fumaba) (136).

El riesgo de hipertensión también varía por subpoblación. En otro estudio de la población de California, se encontró que la hipertensión era más un problema para los filipinos norteamericanos (25 por ciento) que para los chinos (16 por ciento) o para los japoneses norteamericanos (13 por ciento) (128). Sólo el 9 por ciento de las mujeres vietnamitas en California reportó hipertensión, comparado con 16 por ciento de todas las mujeres en la población del Estado. La tasa más baja de hipertensión fue reportada entre las mujeres coreanas norteamericanas en California, de las cuales sólo el 3 por ciento reportó la alteración (128).

Otras enfermedades, como la tuberculosis, son más comunes entre las poblaciones asiáticas que entre otros grupos raciales/étnicos. La prevalencia de tuberculosis entre los asiáticos norteamericanos, la mayor entre todos los grupos, es cerca de 4 veces la de la población general (24,137). La Hepatitis B y ciertas anomalías genéticas también son más comunes entre las subpoblaciones asiáticas.

La falta de conocimiento de los factores de riesgo o las conductas preventivas para las diversas enfermedades, es un problema para los asiáticos norteamericanos. Un estudio entre las poblaciones del sudeste asiático en Ohio central, reveló que el 94 por ciento de los encuestados no sabía lo que era la tensión arterial y el 85 por ciento no sabía qué podía hacerse para prevenir la enfermedad cardíaca (128). La falta de conocimiento de los factores de riesgo para el cáncer, por ejemplo, lleva a que no se efectúen autoexámenes del seno o no se hagan exámenes de detección como la mamografía o las pruebas Pap, o Papanicolau, para disminuir la incidencia de cáncer del cuello del útero o del seno (24).

La falta de exámenes regulares de detección entre las asiáticas norteamericanas no sólo está relacionada con el desconocimiento de los factores de riesgo, sino también con la creencia de que el cáncer es inevitablemente mortal. Una encuesta de mujeres vietnamitas en San Francisco encontró que más de la mitad (52 por ciento) creía que "es poco lo que uno puede hacer para prevenir el cáncer" (138). Aunque virtualmente todas las mujeres encuestadas (97 por ciento) había oído hablar de cáncer, muchas no conocían los signos y síntomas comunes, ni los factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero o del seno. Las mujeres vietnamitas que han emigrado a los Estados Unidos más recientemente (después de 1981) tenían más probabilidad (76 por ciento) de no haberse hecho nunca una prueba Pap para detectar el cáncer cervical, que las mujeres que habían migrado antes de 1981 (33 por ciento) (138). En una encuesta de mujeres vietnamitas en Massachusetts occidental, sólo algo más del 50 por ciento de respondientes reportó haberse hecho la prueba Pap, menos que el 57 por ciento de todas las mujeres estadounidenses de 18 años o más que reportaron haberse hecho la prueba en 1991 (139,140).

La falta de mamografías constituye una preocupación especial, debido al aumento gradual en las tasas de cáncer del seno entre las mujeres asiáticas (especialmente chinas, japonesas, y filipinas), dentro de las generaciones posteriores a su migración a los Estados Unidos, comparado con estos mismos grupos de mujeres en Asia. En general, las mujeres asiáticas norteamericanas nacidas en los Estados Unidos, tienen

un riesgo de cáncer del seno 60 por ciento más alto que las mujeres asiáticas norteamericanas nacidas en Asia (141).

El cuidado prenatal es otra forma de cuidado preventivo que muchas mujeres asiáticas norteamericanas no reciben. Cerca de la mitad de mujeres camboyanas y laosianas norteamericanas no comienzan el cuidado prenatal durante su primer trimestre y tienen más embarazos de alto riesgo por esta razón (137,142). De los cinco grupos indochinos principales en Oregón (Khmer, Hmong, Mien, Lao, y Vietnamita), las mujeres Hmong norteamericanas tenían el perfil de riesgo de parto menos favorable (142). El peso promedio al nacer entre los niños Hmong nacidos en California entre 1985 y 1988 fue significativamente más bajo que el peso promedio al nacer entre los niños blancos (143). Los niños prematuros y de bajo peso, nacidos de madres Hmong, camboyanas y laosianas en 1992 se reflejan en las tasas agregadas de 12 por ciento (prematuros) y 7 por ciento (bajo peso al nacer) para nacimientos de todas las mujeres en la categoría "asiáticos restantes o isleños del Pacífico totales". Estas tasas son más altas que para las madres vietnamitas (10 por ciento prematuros y 6 por ciento bajo peso al nacer) y también son más altas que para las madres blancas no hispanas (8 por ciento prematuros y 5 por ciento bajo peso al nacer) (35).

Aunque con seguro de salud, los modelos médicos aceptados culturalmente, tales como la acupuntura y las medicinas de hierbas a menudo no están cubiertas por esos servicios; un hecho que limita aún más el acceso al cuidado de salud (36). Las mujeres asiáticas norteamericanas tienen más probabilidades de reportar el uso de prácticas y medicinas tradicionales de salud que los hombres asiáticos (69 por ciento versus 39 por ciento). Por grupo étnico, prácticamente todas las mujeres camboyanas (96 por ciento), cerca de una quinta parte de las mujeres laosianas (18 por ciento) y casi dos terceras partes de las mujeres chinas (64 por ciento) reportan el uso de prácticas tradicionales de salud (144). El alto incumplimiento con las medicaciones occidentales prescritas entre estas poblaciones es claramente preocupante. Por ejemplo, las mujeres chinas hipertensas que no hablan inglés, muestran ese incumplimiento, posiblemente en deferencia a los tratamientos tradicionales (24).

El miedo a las dificultades de comunicación, mezclado con vergüenza, culpa, rabia, depresión y otras respuestas a ciertas condiciones estigmatizadas, como retardo mental, abuso de sustancias y HIV/SIDA, pueden también impedir que las asiáticas norteamericanas busquen cuidado rápidamente (37). En particular, se ha encontrado que los chinos norteamericanos casi no utilizan los servicios de salud mental (145). Los traumas debido a la guerra (ej., tortura, inanición, violaciones, trabajos forzados y el haber sido testigos de asesinatos), el abandono de la tierra natal y el establecimiento en otra tierra, a menudo conlleva condiciones médicas especiales, como la ceguera sicosomática o no orgánica reportada entre las mujeres camboyanas de 40 años de edad o más. Incluso si los pacientes asiáticos norteamericanos buscan ayuda, las barreras idiomáticas hacen que condiciones como éstas sean difíciles de diagnosticar y tratar (129). Para aumentar sus tensiones y traumas, muchos inmigrantes pobres del sudeste asiático se establecen en ambientes violentos dentro de las ciudades en los Estados Unidos (146). Entre los coreanos norteamericanos, muchos de los cuales son inmigrantes recientes pero que migraron a los Estados Unidos sin traumas relacionados con guerra, también se encuentra la depresión. Este problema de salud mental es más común entre los coreanos norteamericanos que entre los chinos, japoneses o filipinos norteamericanos (126).

Además, no toda la terminología médica y de salud del idioma inglés puede ser fácilmente traducida a los diversos idiomas del sudeste asiático, ni muchas de las expresiones surasiáticas para describir condiciones médicas y físicas pueden ser traducidas directamente para los proveedores del cuidado de la salud en los Estados Unidos.

El cáncer por ejemplo, tiene una contraparte en cantonés (la palabra njam, la cual puede traducirse libremente al inglés como "crecimiento"), pero que no se menciona como una enfermedad en los textos de medicina china. Por ello, puede ser difícil para los pacientes asiáticos aceptar su diagnóstico como real o aceptar regímenes occidentales de tratamiento para ellos (124).

Si los asiáticos norteamericanos buscan proveedores de salud y hay traductores disponibles, la comunicación de todas maneras no está garantizada y puede que de todas formas no se reciba el cuidado apropiado (147). Por ejemplo, las diferencias entre los sistemas médicos en los Estados Unidos y la China constituyen un impedimento más para los chinos norteamericanos nacidos en la China pero necesitados de cuidado de salud en los Estados Unidos. En China, los médicos generalmente prescriben y preparan las medicinas, cobrando sólo una tarifa nominal por sus servicios; siendo los medicamentos lo más costoso de la visita (124). Dado que la idea de una visita a un profesional médico para un control sin obtener prescripciones para medicamentos no está a la altura de las expectativas de muchos

chinos norteamericanos, estos son renuentes a las consultas rutinarias o de cuidado preventivo. Además, el 90 por ciento de los obstetras y ginecólogos en la China son mujeres, lo cual hace que a muchas mujeres chinas norteamericanas nacidas en el extranjero les resulte muy difícil dejarse examinar o recibir cuidado de médicos predominantemente del sexo masculino, en estas especialidades médicas en los Estados Unidos (124).

Algunas mujeres coreanas norteamericanas, muchas de las cuales tienen extremas dificultades con el inglés, reportan el uso de han yak, una medicina coreana y otros remedios caseros coreanos de venta libre, en vez de ir a donde el médico en los Estados Unidos (137). Evitan ir al médico debido: a "dificultades de comunicación", a médicos y enfermeras "impacientes", a "ser tratadas irrespetuosamente", debido a su etnia y a "otras malas experiencias" (137).

Otras características culturales que influyen en la salud de los asiáticos norteamericanos son el familismo, la reverencia a la autoridad y un sentimiento de vergüenza/orgullo. Las culturas asiáticas, al igual que las culturas hispanas, enfatizan a menudo la toma de decisiones en familia. La práctica de la toma de decisiones familiares puede aumentar por la necesidad, o puede volverse impotente dentro del contexto socioeconómico de la sociedad estadounidense (135). La reverencia hacia la autoridad, que es común en sociedades asiáticas con estructuras jerárquicas como en Corea, por ejemplo, puede llevar a un paciente coreano a no cuestionar el diagnóstico y el tratamiento de un médico y a indicar entendimiento, aceptación y cumplimiento donde no los hay (37). Esta reverencia hacia la autoridad puede también combinarse con la diferenciación de los roles de cada sexo haciendo que las mujeres asiáticas se muestren renuentes a reportar violencia doméstica a sus proveedores de salud o a las autoridades encargadas de hacer cumplir las leyes (146,148).

El fuerte deseo de "guardar las apariencias" dentro de la comunidad, ha llevado a una baja utilización de servicios de tratamiento para adicciones por abuso de alcohol y sustancias tóxicas, por parte de los asiáticos norteamericanos. Aunque ha habido poca investigación sobre el abuso de alcohol y de sustancias tóxicas entre las mujeres asiáticas norteamericanas, la investigación disponible sugiere que los asiáticos usan y abusan del alcohol y otras sustancias menos frecuentemente que los miembros de otros grupos raciales/étnicos (120). Las bajas tasas de alcoholismo entre todos los grupos de asiáticos norteamericanos parecen deberse a los altos porcentajes de abstemios entre las poblaciones nacidas en el extranjero (120).

Un estudio de asiáticos norteamericanos en Los Ángeles encontró que entre las mujeres, las japonesas norteamericanas tenían más probabilidad de reportar que eran bebedoras (73 por ciento), seguidas por las chinas (49 por ciento), y coreanas (25 por ciento) (149). Las altas tasas de consumo de alcohol se han notado también entre personas con un padre asiático y uno caucásico (85). Las mujeres filipinas son las que tienen menos probabilidades de reportar consumo de bebidas alcohólicas. El uso de alcohol entre las mujeres asiáticas norteamericanas tiende a aumentar con la aculturación. Adicionalmente, los factores productores de estrés como el divorcio y la viudez están asociados con la depresión y el abuso de sustancias en estas mujeres (85). Aunque se han identificado factores de riesgo y patrones de uso y abuso de sustancias tóxicas entre poblaciones jóvenes seleccionadas de asiáticos, la prevalencia es generalmente más baja que entre jóvenes de otros grupos raciales/étnicos (120).

Las inmensas diferencias entre las sociedades asiáticas y los Estados Unidos significan que la mayoría de las necesidades económicas y socioemocionales de los nuevos inmigrantes pueden no ser satisfechas por las instituciones existentes. El doloroso proceso de aculturación produce altos niveles de estrés y puede producir una alta prevalencia de enfermedad mental entre los asiáticos norteamericanos (94). Algunas de estas enfermedades mentales provienen de la frustración al no cosechar beneficios en la forma de trabajos bien pagados, de alto nivel, acordes a sus expectativas basadas en el nivel de educación obtenido y a los beneficios adquiridos por los norteamericanos blancos con una educación comparable (150). El estereotipo de las mujeres asiáticas como dóciles y serviles constituye un productor de estrés que puede contribuir también a la depresión y a la enfermedad mental (151). No obstante, el principal problema de salud mental para los asiáticos norteamericanos es el racismo, el cual afecta adversamente su nivel sicoeconómico, así como el nivel de otras personas de color (36).

Mujeres adolescentes de color

Aunque se utilizan distintos criterios de edad para definir la adolescencia, si se considera la población entre 10 y 19 años de edad como adolescente, cerca de 35 millones de personas eran miembros de este grupo en 1990 (152). Los adolescentes eran el 14 por ciento de la población de los Estados Unidos en 1990, pero se espera que su numero y participación en la población disminuyan en el futuro (152,153). Los adolescentes viven a menudo en familias con uno solo de los padres (26 por ciento), y muchos viven en la

pobreza (20 por ciento). Cincuenta y cuatro por ciento de los jóvenes en familias de un solo padre viven en la pobreza. (153). Al igual que para los adultos, vivir en la pobreza juega un papel crítico en el acceso a servicios de salud y en la estructuración de los resultados de salud para los adolescentes.

Simultáneamente con la declinación proyectada de la población total de adolescentes en el futuro cercano, la representación de adolescentes de color entre esta población se espera que aumente. Los adolescentes eran el 18 por ciento de las poblaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska, hawaianos nativos, hispanos y negros; y el 16 por ciento de la población asiática norteamericana en 1990 (152,153). Para el año 2000, se estima que el 31 por ciento de la población adolescente pertenezca a un grupo racial/étnico minoritario, cuya participación llegue al 40 por ciento hacia el año 2020 (153).

Las indias norteamericanas/nativas de Alaska adolescentes, eran el 18 por ciento de todas las indias norteamericanas/nativas de Alaska y poco menos de la mitad de todos los indios norteamericanos/nativos de Alaska entre 10 y 19 años de edad (152). La mitad de todos los indios norteamericanos/nativos de Alaska adolescentes viven en familias pobres o casi pobres (153). Las adolescentes hawaianas nativas eran igualmente cerca del 18 por ciento de la población total de mujeres hawaianas nativas. Aproximadamente el 43 por ciento de la población hispana está por debajo de 19 años de edad; siendo las adolescentes hispanas el 48 por ciento de todos los adolescentes (152,153). La población adolescente hispana se espera que aumente en un 42 por ciento para el año 2000, cuando la juventud hispana será el 12 por ciento del total de la población adolescente (153).

Actualmente una tercera parte (32 por ciento) de la población negra es menor de 18 años de edad (152,153). Dieciséis por ciento de todas las mujeres negras son adolescentes y se espera que el número de todos los adolescentes negros aumente en un 17 por ciento para el año 2000. Más de dos quintas partes (43 por ciento) de adolescentes negros viven en la pobreza, con una participación incluso más grande (dos terceras partes), que reside en hogares de padres solteros (153). En años recientes, los asiáticos norteamericanos han constituido cerca de la mitad de todos los inmigrantes a los Estados Unidos, siendo los adolescentes nacidos en el extranjero más de la mitad de esta corriente de inmigrantes. Aproximadamente una tercera parte de los asiáticos norteamericanos son menores de los 17 años de edad (152,153). Quince por ciento de todas las mujeres asiáticas norteamericanas son adolescentes y cerca de la mitad (49 por ciento) de todos los asiáticos norteamericanos adolescentes son mujeres.

Acceso a los servicios

Los adolescentes tienen las tasas más bajas de contacto con médicos, de todos los grupos de edad en los Estados Unidos y muchos adolescentes de color tienen tasas de contacto incluso más bajas (153,154). Aunque en 1988 los jóvenes blancos entre 12 y 17 años reportaron 3.6 contactos con un médico durante el año anterior, los jóvenes negros, hispanos, asiáticos e isleños del Pacífico reportaron menos (2.4, 2.4 y 1.0, respectivamente) (154). Los indios norteamericanos/nativos de Alaska adolescentes, reportaron 7.0 contactos con médicos en el pasado año.

Los datos sobre la participación de jóvenes entre 12 y 17 años que en 1988 reportaron no haber recibido cuidado rutinario en los dos últimos años, es consistente con la frecuencia de contacto médico. Más de una quinta parte de jóvenes blancos (22 por ciento) y negros (21 por ciento) reportaron no haber recibido cuidado rutinario en los dos últimos años, aunque al menos una cuarta parte de los jóvenes hispanos (25 por ciento) e indios norteamericanos/nativos de Alaska (27 por ciento) reportó lo mismo. Cerca de una tercera parte de los jóvenes asiáticos e isleños del Pacífico (31 por ciento) indicó que no había recibido cuidado rutinario en los dos últimos años (154). En una encuesta de indios norteamericanos/nativos de Alaska adolescentes en 1989, el 54 por ciento de mujeres y hombres agrupados, reportó haber tenido un examen físico y de audición en los últimos dos años (155).

La falta de una fuente regular de cuidado médico rutinario y la falta de un proveedor particular para el cuidado durante enfermedad, constituyen también un problema para los adolescentes de color. Mientras cerca de una octava parte de los jóvenes blancos (13 por ciento), negros (13 por ciento), e indios norteamericanos/nativos de Alaska (13 por ciento), reportó no haber tenido una fuente regular de cuidado médico en 1988, más de una quinta parte de jóvenes asiáticos e isleños del Pacífico (21 por ciento) y cerca de una cuarta parte de jóvenes hispanos (24 por ciento) reportó lo mismo (154). Las participaciones de minorías raciales/étnicas adolescentes sin un proveedor particular para el cuidado durante enfermedad fueron incluso más grandes que las participaciones que carecen de una fuente regular para el cuidado médico de rutina. Cerca de una quinta parte de los jóvenes blancos

de 12 a 17 años (18 por ciento), pero cerca de dos quintas partes (38 por ciento) de jóvenes hispanos, reportó no tener un proveedor particular para el cuidado durante la enfermedad. Cerca de una tercera parte de otros adolescentes de color (negros, asiáticos e isleños del Pacífico, e indios norteamericanos/nativos de Alaska) reportó esta misma falta de un proveedor (154).

El seguro de salud y la cobertura de los adolescentes bajo pólizas familiares, son clave para el uso de servicios y el acceso al cuidado en los jóvenes y explican parcialmente los hallazgos anotados anteriormente. Aproximadamente 74 por ciento de todos los adolescentes están cubiertos por seguros privados de salud. Algunas fuentes indican que más de la mitad de los adolescentes negros e hispanos y cerca de dos terceras partes de otros adolescentes de color tienen seguro privado de salud (153). Sin embargo, para muchos jóvenes de color, un seguro público de salud, generalmente Medicaid, constituye el camino para los servicios de salud y puede proporcionarles sólo un acceso limitado a toda la gama de servicios necesitados. Se estima que 28 por ciento de los negros adolescentes, 14 por ciento de los hispanos adolescentes y 13 por ciento de otros jóvenes de color tienen Medicaid u otro seguro público de salud (153). Sin embargo, porcentajes considerables de minorías adolescentes reportan no tener un seguro de salud, desde un 12 por ciento de adolescentes asiáticos e isleños del Pacífico a 41 por ciento de jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska (154). Trece por ciento de adolescentes blancos reportó no tener un seguro de salud, así como 18 por ciento de jóvenes negros y 28 por ciento de hispanos jóvenes.

Aunque la falta de seguro de salud y la pobreza de la familia constituyen a menudo barreras insuperables para los adolescentes necesitados de cuidado de salud, las barreras no financieras también interfieren con la habilidad de los adolescentes de conseguir cuidado y contribuyen a la limitada frecuencia de contacto y falta de relaciones con los proveedores. Los servicios a menudo son fragmentados y no están dirigidos a las necesidades específicas de los adolescentes. Dependiendo de la ubicación de las instalaciones, llegar a ellas es a menudo problemático. Los problemas de confidencialidad cliente-proveedor confrontados con los padres, sirven también como barreras para los adolescentes, que de otra forma buscarían el cuidado. Los temores reales o imaginarios acerca de la propia reputación o de la desaprobación del proveedor, familia o compañeros, pueden también mantener a los adolescentes alejados de los servicios de salud necesitados (153).

Salud

En 1988, los padres de jóvenes negros, indios norteamericanos/nativos de Alaska, e hispanos, entre 12 y 17 años de edad tenían menos probabilidades de calificar como excelente la salud de estos adolescentes, que los padres de blancos y asiáticos e isleños del Pacífico de las mismas edades (154). Más de la mitad (54 por ciento) de los adolescentes blancos y más de tres quintas partes (63 por ciento) de adolescentes asiáticos e isleños del Pacífico fueron calificados en excelente salud, sin condiciones limitantes. Sólo una cuarta parte (25 por ciento) de jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska, pero cerca de dos quintas partes de negros (39 por ciento) e hispanos (43 por ciento) fueron calificados en forma similar. Una proporción ínfima (0.8 por ciento) de los padres de jóvenes asiáticos e isleños del Pacífico entre 12 y 17 años de edad, calificaron la salud de sus hijos como aceptable o mala y con condiciones limitantes (154). Las participaciones de jóvenes blancos (9 por ciento), indios norteamericanos/nativos de Alaska (8 por ciento), e hispanos (10 por ciento), cuya salud fue calificada como aceptable o mala fueron considerablemente elevadas, al igual que casi el 12 por ciento de adolescentes negros, cuyos padres calificaron su salud como aceptable o mala. Una encuesta de adolescentes indios norteamericanos/nativos de Alaska en 1989, encontró que tenían tres veces más probabilidades de calificar su salud como mala, que los adolescentes blancos (155).

La mayoría de los datos sobre la salud de adolescentes están relacionados con sus conductas de alto riesgo, como relaciones sexuales sin protección, uso de alcohol y abuso de sustancias tóxicas, las cuales se discuten en la siguiente sección. Sin embargo, la limitada información sobre la salud de adolescentes de color sugiere que las circunstancias de su vida y la baja autoestima que a menudo proviene de estas circunstancias, contribuye a más reportes de depresión e intentos de suicidio que entre sus contrapartes blancos. Los datos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System) (YRBSS) de 1995, para adolescentes blancas, negras e hispanas, respaldan este argumento hasta cierto punto (156). Aunque una participación poco más grande de jóvenes hispanas (34 por ciento), que de blancas (32 por ciento), estudiantes de la escuela secundaria reportó haber pensado seriamente intentar el suicidio durante los 12 meses anteriores a la encuesta, una participación más pequeña de mujeres negras (22 por ciento) reportó pensamientos similares. En forma consistente

con las ideas de suicidio reportadas, una quinta parte de adolescentes hispanas (21 por ciento), intentó por lo menos una vez cometer suicidio durante los 12 meses anteriores a la encuesta de 1995, mientras 11 por ciento y 10 por ciento de adolescentes negras y blancas, respectivamente, reportaron intentos (156). Más de una quinta parte (22 por ciento) de adolescentes indias norteamericanas/nativas de Alaska, reportó en una encuesta de 1989 que habían intentado cometer suicidio alguna vez (155).

Otros estudios han mostrado que las adolescentes negras tienden a reportar síntomas depresivos en tasas más elevadas que las adolescentes blancas y que el nivel socioeconómico más bajo acentúa este hallazgo (153). Las tasas de suicidio perpetrado entre las adolescentes negras permanecen más bajas que las tasas para adolescentes blancas, aunque las tasas entre estas jóvenes negras han aumentado en años recientes. Se ha notado que las adolescentes mexicanas norteamericanas manifiestan más síntomas depresivos que sus contrapartes negras o blancas (153). Además, en un estudio se encontró que las adolescentes hispanas representaban el 25 por ciento de todos los pacientes adolescentes admitidos en el hospital por comportamiento suicida, una porción bastante mayor a lo esperado, basado en la participación de la población (153).

Aunque la información es fragmentaria para adolescentes asiáticos e isleños del Pacífico, su tasa de ingresos a hospitales siquiátricos, ajustada por edad, es cerca de la mitad que la de jóvenes blancos (153). Esto en primera instancia parece sorprendente a la luz de los altos puntajes de depresión reportados por los refugiados asiáticos adolescentes. Sin embargo, cuando se toman dentro del contexto de muchas culturas asiáticas, en las cuales buscar cuidado de salud mental transgrede normas acerca de las interacciones familiares y puede ser visto como una vergüenza para la familia, este hallazgo parece ser más fidedigno. Quizás en parte como resultado de esta subutilización de los servicios de salud mental, el suicidio representa una proporción mucho más grande de muertes entre los jóvenes asiáticos que entre los adolescentes blancos.

La prevalencia global de problemas de salud mental entre los jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska, parece ser similar a la de los adolescentes blancos, aunque ha habido un reciente aumento de los problemas en la adolescencia temprana entre los jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska (153). Los trastornos relacionados con la comida y el peso están aumentando entre los jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska, y, de acuerdo con la Encuesta de Salud de Adolescentes Indios, el 20 por ciento de las mujeres ha intentado cometer suicidio, una tasa de intentos que es más del doble de la de los jóvenes blancos. Los principales factores de riesgo identificados para intentos de suicidio entre indios norteamericanos/nativos de Alaska adolescentes incluyen; sexo femenino, mala autopercepción de la salud; conocimiento de un intento de suicidio de un amigo o miembro de la familia, historial de problemas mentales o conductuales que requieren ayuda profesional; una extrema alienación de la familia y la comunidad (5,157). La tasa de suicidio perpetrado por jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska es más del doble que la tasa para adolescentes blancos y en contraste con el patrón nacional, es más probable que ocurra el suicidio entre los adolescentes más jóvenes que entre los mayores.

Conductas de riesgo para la salud

La mayoría de las conductas discutidas a continuación pueden colocar a los adolescentes en riesgo de resultados no saludables. Las relaciones sexuales sin protección, el uso o abuso de sustancias tóxicas, y la operación de vehículos de motor en una forma insegura, todos los cuales pueden implicar morbilidad o muerte. Unas prácticas sensatas de nutrición y una actividad física regular, dos comportamientos que mejoran la salud, también son discutibles para las adolescentes de color. Dado que la mayoría de la información sobre los riesgos para la salud y las conductas saludables se recolecta en encuestas efectuadas entre estudiantes al comienzo y al final de la secundaria, estas cifras podrían ser consideradas mejor como subestimados de alto riesgo o sobreestimados de conductas saludables entre los jóvenes, si se acepta la teoría de que las conductas de alto riesgo son más frecuentes entre jóvenes que han salido de la escuela, que entre los que permanecen en ella (158). Dado que las tasas de abandono de la escuela son más altas entre las minorías jóvenes que entre los adolescentes blancos, las cifras discutidas a continuación pueden muy bien subestimar las conductas de riesgo para la salud entre las minorías jóvenes.

Relaciones Sexuales. Las relaciones sexuales pueden colocar a las adolescentes de color en riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, infección HIV/SIDA y embarazo durante los años en que sus cuerpos se están aún desarrollando y son por lo tanto, excepcionalmente vulnerables a dichos ataques. Las adolescentes de color tienen muy a menudo una baja autoestima y utilizan su fertilidad para buscar la aprobación de los hombres con quienes sostienen relaciones

sexuales. En los datos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes de 1995, la mitad o más de todas las estudiantes blancas, negras e hispanas de la escuela secundaria (grados 9 a 12), reportaron haber tenido relaciones sexuales. Cuarenta y nueve por ciento de las adolescentes blancas y 53 por ciento de las adolescentes hispanas, junto con más de dos terceras partes de adolescentes negras reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez (156). En una encuesta entre adolescentes indios norteamericanos/nativos de Alaska en 1989, el 57 por ciento de las mujeres encuestadas reportó haber tenido relaciones sexuales en la época en que estaban en duodécimo grado, siendo los 14 años la edad promedio reportada para la primera relación (155). Una décima parte de todas las adolescentes negras reportó en el Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, que había tenido su primera relación sexual antes de los 13 años; una participación incluso más grande (22 por ciento) indicó que había tenido hasta el momento, relaciones sexuales con cuatro o más compañeros. Participaciones más pequeñas de adolescentes blancas e hispanas reportaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 13 años (5 por ciento hispanas y 4 por ciento blancas) y haber tenido cuatro compañeros sexuales (12 por ciento de hispanas y blancas).

Aunque la participación más grande de adolescentes negras (51 por ciento) reportó estar sexualmente activa en la actualidad, cerca de dos quintas partes de adolescentes blancas (39 por ciento) e hispanas (39 por ciento), también reportaron estar activas sexualmente. Entre las adolescentes activas sexualmente, un porcentaje mayor de negras (61 por ciento) que de blancas (48 por ciento) o hispanas (33 por ciento), reportó el uso del condón durante la última relación sexual (156). El uso de contracepción antes de la última relación sexual fue más común entre las adolescentes blancas (25 por ciento) que entre las negras (12 por ciento) o las hispanas (9 por ciento).

Como resultado de las relaciones sexuales sin protección o con protección inadecuada, las adolescentes de color a menudo se convierten en madres. Los embarazos entre adolescentes son dos veces más comunes entre indias norteamericanas/nativas de Alaska, que entre mujeres de todas las razas combinadas, con un 42 por ciento de todas las madres indias norteamericanas/nativas de Alaska, menores de 20 años al momento de tener su primer hijo (159). Entre las nativas hawaianas, samoanas y guamanianas, las participaciones considerables de los nacimientos en 1992 fueron también de mujeres menores de 20 años; 18 por ciento de los nacidos de madres hawaianas nativas, 11 por ciento de nacidos de madres samoanas y 16 por ciento de nacidos de madres guamanianas, eran de mujeres de menos de 20 años de edad (35). El grupo racial/étnico con la participación más pequeña de nacimientos a mujeres de menos de 20 años de edad, es el de los asiáticos norteamericanos. Los partos de mujeres menores de 20 años de edad van desde menos del 1 por ciento entre las adolescentes chinas, hasta el 6 por ciento entre las adolescentes filipinas y vietnamitas (35).

También se encuentran tasas altas de embarazo juvenil entre las jóvenes hispanas y negras. En 1994, la tasa de nacimientos para mujeres hispanas de 15-17 años fue de 74 por 1000, más de tres veces la tasa de 23 por 1000 para mujeres blancas no hispanas de la misma edad (160). Entre las mujeres hispanas de 18-19 años, la tasa de nacimientos fue de 158 por 1000, más del doble que la tasa de 67 por 1000 para las mujeres blancas no hispanas. Las tasas de embarazo juvenil entre adolescentes negras son comparables a las tasas entre adolescentes hispanas, con tasas para las negras de 76 por cada 1000 mujeres de 15-17 años y 148 por cada 1000 mujeres de 18-19 años (160).

Abuso de Sustancias Tóxicas. El uso de cigarrillos, tabaco sin humo, alcohol, marihuana y cocaína o crack, por parte de las adolescentes, puede influir negativamente sobre la salud presente y futura. Grandes mayorías de adolescentes blancas (71 por ciento), negras (63 por ciento), e hispanas (75 por ciento), informaron en 1995 que habían probado el cigarrillo, incluso si sólo habían dado una o dos bocanada (156). Participaciones menores reportaron el uso actual de cigarrillos (definido como haber fumado en una o más ocasiones durante los últimos 30 días), tanto en 1985-1989 como en 1995, aunque las proporciones variaron considerablemente por grupo racial/étnico. Las indias norteamericanas/nativas de Alaska de último año de escuela secundaria en 1985-1989, tuvieron las más altas probabilidades de reportar que fumaban en la actualidad (44 por ciento), seguidas por mujeres blancas (34 por ciento) y puertorriqueñas y otras latinoamericanas (25 por ciento) (161). En una encuesta diferente en 1989, entre jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska, el 18 por ciento de las adolescentes en la escuela secundaria reportó fumar cigarrillos diariamente. Menos del 20 por ciento de los siguientes grupos de mujeres estudiantes de último año de secundaria reportó en 1985-1989 fumar cigarrillos

en ese momento: mexicanas norteamericanas (19 por ciento), asiáticas norteamericanas (14 por ciento), y negras norteamericanas (13 por ciento). Los datos sobre consumo actual de cigarrillos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995, disponibles sólo para las mujeres blancas, negras e hispanas, revelan un aumento entre las blancas (40 por ciento) y las adolescentes hispanas (33 por ciento), pero una ligera disminución (a 12 por ciento) entre las adolescentes negras.

Aunque el tabaco sin humo normalmente es más usado por hombres que por mujeres, el uso de tabaco sin humo entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las hispanas es preocupante. Implicado en cánceres de la boca y de la garganta, el tabaco sin humo y el consumo de cigarrillos producen niveles comparables de nicotina en el cuerpo. Una gran variedad de estudios regionales conducidos en los años 80 entre jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska en edad escolar, encontraron que menos del 3 por ciento de las adolescentes usan tabaco sin humo, aunque entre 3 y 26 por ciento de los adolescentes de sexo masculino reportó su uso (162). En 1989, una encuesta entre jóvenes indios norteamericanos/nativos de Alaska reportó el uso diario de tabaco sin humo, por un 8 por ciento de las mujeres en la escuela secundaria. Los datos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995, reportó que cerca del 3 por ciento tanto de las adolescentes blancas como de las hispanas utilizaba tabaco sin humo, en contraste con el 1 por ciento de las adolescentes negras (156).

Al igual que con los cigarrillos, grandes mayorías de adolescentes blancas (82 por ciento), hispanas (81 por ciento), y negras (72 por ciento), reportaron haber tomado al menos una bebida alcohólica en 1995 (156). También como con los cigarrillos, participaciones más pequeñas de adolescentes reportaron el uso actual de alcohol (definido como haber tomado una bebida alcohólica en uno o más de los 30 días precedentes), con las adolescentes blancas reportando mayor uso actual en 1985-1989 y 1995, que las otras adolescentes. En 1985-1989, dos terceras partes de blancas (67 por ciento) en el último año de secundaria, reportaron uso actual de alcohol, seguido por 60 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska, 51 por ciento de mexicanas norteamericanas y 43 por ciento de puertorriqueñas y otras latinoamericanas (161). Las adolescentes asiáticas norteamericanas (34 por ciento) y las negras norteamericanas (33 por ciento) de último año de secundaria, tenían menos probabilidades de reportar uso actual de alcohol. En 1989, más del 13 por ciento de las adolescentes indias norteamericanas/nativas de Alaska reportó uso de alcohol semanal o más frecuente (155). Los datos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995, encontró que el uso de alcohol entre adolescentes blancas (grados 9 a 12) ha declinado a 53 por ciento, con tasas para mujeres hispanas en 52 por ciento y para mujeres negras en 39 por ciento (aumentos por encima de las cifras de 1985-1989) (156). Los hallazgos de menos consumo de alcohol entre la juventud negra e hispana, que entre la juventud blanca, a pesar del estrés asociado con la pobreza y los prejuicios raciales que los primeros tienen probabilidades de afrontar, no tienen una clara explicación (163).

La marihuana ha sido probada por cerca de dos quintas partes de las adolescentes blancas (38 por ciento) y negras (42 por ciento) y por 45 por ciento de las adolescentes hispanas encuestadas en el Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995 (156). Sin embargo, el uso actual de marihuana, fue reconocido por participaciones mucho más pequeñas de adolescentes de color, tanto en 1985-1989 como en 1995. En 1985-1989, el 24 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska de último año de secundaria reportó el uso actual de marihuana (o sea, la usó una o más veces durante los 30 días precedentes), al igual que el 20 por ciento de blancas y 14 por ciento de mexicanas norteamericanas de último año de secundaria (161). Sin embargo, sólo el 10 por ciento de negras, puertorriqueñas y otras latinoamericanas reportó uso actual de marihuana en 1985-1989, junto con 8 por ciento de asiáticas norteamericanas de último año de secundaria. En 1995, participaciones mayores de estudiantes blancas e hispanas de secundaria (grados 9-12), indicaron uso actual de marihuana, comparado con los años 80. Cerca de una cuarta parte de adolescentes hispanas (24 por ciento) reportó el uso actual de marihuana, al igual que 22 por ciento de adolescentes blancas y negras.

Aunque pequeñas participaciones de todas las jóvenes de último año en 1985-1989 reportaron uso actual de cocaína (usada una o más veces durante los 30 días precedentes), en 1995, el mayor uso de cocaína y crack (o uso de cocaína libre de base) fue reportado entre las hispanas. En 1985-1989, el 9 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska y 4 por ciento de blancas en el último año de secundaria, reconocieron haber usado cocaína durante los 30 días anteriores. Cerca de 3 por ciento de mexicanas norteamericanas, puertorriqueñas y otras latinoamericanas y asiáticas norteamericanas, junto

con 1 por ciento de negras, reportaron también su uso (161). Sin embargo, en el Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995, las adolescentes hispanas tenían más probabilidades de reportar haber probado cualquier forma de cocaína (polvo, crack o sin base), 15 por ciento, y también de haber probado alguna vez el crack (12 por ciento). Las hispanas de grados 9 a 12 tienen también más probabilidades (6 por ciento) de reconocer el uso actual de cocaína. Sólo el 5 por ciento de las blancas y el 0.5 de las negras de las mismas edades reportaron haber probado cocaína, con participaciones más pequeñas (1 por ciento de blancas y 0.2 por ciento de negras), admitiendo el uso actual de cocaína. Participaciones similarmente pequeñas (3 por ciento de blancas y 0.3 por ciento de negras) reconocen haber probado alguna vez el crack o la cocaína sin base (156).

Operación Insegura de Vehículos de Motor. Dado que los accidentes en vehículos de motor son una causa importante de muerte para adolescentes, las conductas de alto riesgo al operar o viajar en vehículos de motor son dignas de mencionar. En los datos del Sistema de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995, más de una cuarta parte (26 por ciento) de adolescentes negras, reportó no haber usado nunca o casi nunca un cinturón de seguridad al viajar en un carro o camión conducido por otra persona (156). Quince por ciento y 14 por ciento, respectivamente, de jóvenes blancas e hispanas reportaron lo mismo. Además la mitad de las adolescentes hispanas reportó que una o más veces durante los 30 días precedentes viajaron con un conductor que había estado bebiendo y 14 por ciento reportó que ellas mismas habían conducido después de ingerir alcohol. Las participaciones de adolescentes blancas (37 por ciento) y negras (33 por ciento) que reportaron haber viajado una o más veces durante los 30 días precedentes con un conductor que había estado ingiriendo alcohol, son comparables entre sí. Sin embargo, una participación más grande de blancas (14 por ciento) que de negras (5 por ciento), indicó haber conducido después de tomar alcohol (156).

Conductas saludables

Las prácticas dietéticas y la actividad física pueden mejorar la salud de los adolescentes, lo mismo que con los adultos. Más de una quinta parte de adolescentes blancas, negras e hispanas (22 por ciento de cada grupo) reportó haber comido cinco o más porciones de frutas o vegetales el día anterior al estudio de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995. Adicionalmente, grandes mayorías de estos tres grupos de adolescentes (76 por ciento de blancas, 69 por ciento de hispanas y 56 por ciento de negras) indicaron que el día precedente a esta misma encuesta, habían comido no más de dos porciones de alimentos altos en grasa (156).

Una mayoría de adolescentes blancas no hispanas (57 por ciento) informó que habían desempeñado una actividad física vigorosa (actividad que causaba transpiración y respiración agitada durante por lo menos 20 minutos) al menos tres de los siete días precedentes al estudio de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995 (156). Participaciones más pequeñas de adolescentes negras e hispanas (41 por ciento de negras y 45 por ciento de hispanas) reportaron también haber desempeñado una actividad física vigorosa. Una participación más pequeña de adolescentes blancas (17 por ciento), que de negras (26 por ciento), e hispanas (28 por ciento), informó haber participado en una actividad física moderada (como caminar o montar en bicicleta por lo menos durante 30 minutos), en cinco de los siete días precedentes al estudio de Vigilancia de las Conductas de Alto Riesgo en Jóvenes, de 1995 (156).

Mujeres ancianas de color

La población anciana generalmente se define como personas de 65 años o más, con las personas de 65-74 años conocidas como “viejas jóvenes”, las de 75-84 como “viejas” y las de 85 en adelante como “viejas más viejas” (66). A pesar de esta convención, las personas pueden ser consideradas como ancianas en edades ampliamente divergentes, desde los 40 años de edad para muchos subgrupos del sudeste asiático y entre algunas poblaciones nativas norteamericanas (66). Este reconocimiento refleja el hecho de que desde los 45 o 55 años, muchos indios norteamericanos, por ejemplo, sufren deterioro físico, emocional y social característico de la población general de los Estados Unidos de 65 años o más. Adicionalmente, tres veces más indios norteamericanos/nativos de Alaska que personas en la población general, mueren antes de cumplir los 45 años de edad (6). En una encuesta entre indios norteamericanos en Los Ángeles, la mediana de edad para hombres y mujeres considerados ancianos era de 58 años (4).

Durante este siglo, la población anciana de los Estados Unidos ha aumentado diez veces, de 3.1 millones en 1900 (cerca de uno por cada 25 norteamericanos) a 31.1 millones en 1990 (cerca de uno por cada ocho norteamericanos) (164). Hoy en día, los ancianos

son la población de más rápido crecimiento en edad, en toda la nación. Aunque los blancos dominan la población anciana en la actualidad, su participación está proyectada para declinar durante los próximos 60 años a medida que las participaciones de las minorías raciales/étnicas de ancianos aumentan. En 1980, los miembros de los grupos minoritarios raciales/étnicos eran más del 10 por ciento de la población anciana, con su participación aumentando al 13 por ciento en 1990 (165). Hacia el año 2050, se proyecta que los miembros de los grupos minoritarios raciales/étnicos serán una tercera parte de los ancianos.

De los 31.1 millón de ancianos en 1990, aproximadamente 27 millones, o el 87 por ciento, eran blancos no hispanos (165). Los negros no hispanos (2.4 millones), eran el 8 por ciento de la población anciana, con los hispanos (1.1 millón), asiáticos e Isleños de Pacífico (431.000), e indios norteamericanos/nativos de Alaska (108.000), representando el 4 por ciento, 1 por ciento y 0.3 por ciento de participación, respectivamente. Para el año 2020, se proyecta que la participación de los blancos no hispanos entre los ancianos descienda a 78 por ciento, la de los negros no hispanos crezca a cerca de 9 por ciento, la de hispanos aumente a cerca de 9 por ciento, la de asiáticos e isleños del Pacífico crezca a más de 4 por ciento y la de indios norteamericanos/nativos de Alaska llegue a 0.5 por ciento de la población de 65 años o más. En el año 2050, según las proyecciones actuales, los blancos serán el 67 por ciento de los ancianos, los hispanos cerca del 16 por ciento, los negros no hispanos el 10 por ciento, los asiáticos e isleños del Pacífico más del 7 por ciento y los indios norteamericanos/nativos de Alaska el 0.6 por ciento de esta población (165).

Para mediados del siglo 21, la población de 80 años de edad y mayor, quienes tienen más probabilidades de necesitar cuidado de salud, y apoyo físico y económico, está proyectada para ser el segmento de más rápido crecimiento de la población anciana, aumentando de cerca de 7 millones de personas en 1990, a cerca de 31 millones en el año 2050 (165). La participación de blancos entre esta población anciana también se espera que descienda de 88 por ciento en 1990 a 71 por ciento en el 2050, mientras las participaciones de las minorías raciales/étnicas se espera que aumenten. La población hispana de 80 años o más, como una participación de todas las personas de 80 años y más, se espera que se cuadruplique durante ese periodo, del 3 por ciento a cerca del 15 por ciento; la correspondiente participación entre los ancianos asiáticos e isleños del Pacífico se proyecta que crezca del 1 por ciento en 1990, a cerca del 7 por ciento en el año 2050. Como participación de la población anciana de 80 años y más, la de indios norteamericanos/nativos de Alaska y negros cambian muy poco. Los negros están proyectados para ser el 7 por ciento de esta población en el año 2050 (como fueron en 1990), mientras la participación de esta subpoblación anciana de indios norteamericanos/nativos de Alaska está proyectada para duplicarse. Esta duplicación, sin embargo, representa un aumento en participación de sólo 0.3 por ciento en 1990 a 0.6 por ciento en el año 2050 (165).

Demografía

Norteamericanos Nativos. Los ancianos (65 años de edad y mayores) tenían pequeñas participaciones de las poblaciones norteamericanas nativas en 1990: 6 por ciento de indios norteamericanos/nativos de Alaska, 5 por ciento de hawaianos nativos y 3 por ciento de samoanos norteamericanos (152). Estas participaciones son menos de la mitad de la participación de ancianos entre los blancos no hispanos en ese momento. La mayoría de los indios norteamericanos/nativos de Alaska y hawaianos nativos viven en el sur y el oeste, junto con la mayor parte de la población por debajo de 65 años en estos dos grupos. Tres de cuatro indios ancianos norteamericanos vivían en los estados del oeste y del sur, con 40 por ciento en entre Oklahoma, California y Arizona (165). Contrario a la creencia popular, la mayoría de los indios norteamericanos/nativos de Alaska no regresan a sus reservaciones cuando envejecen. Los indios norteamericanos/nativos de Alaska prefieren, como muchos ancianos, envejecer en su sitio, y una considerable población anciana se cuenta entre la mayoría de indios norteamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas (8).

La población de 80 años de edad o más entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska está también creciendo, y se proyecta que los indios norteamericanos/nativos de Alaska en este grupo de edad aumentará del 18 por ciento de todos los indios ancianos norteamericanos/nativos de Alaska en 1990, a l39 por ciento en el año 2050 (165). Este aumento entre los viejos más viejos significaría que una mayor cantidad de indios norteamericanos/nativos de Alaska de 50 y 60 años tendrán padres sobrevivientes. La Proporción de Soporte Paterno (número de personas de 80 años o más por 100 personas entre 50-64 años) para los indios norteamericanos/nativos de Alaska aumentará más de tres veces, de 11 a 38 (165).

Entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las hawaianas nativas, las ancianas tienen proporciones comparables; 7 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska y 6 por ciento de mujeres hawaianas nativas son ancianas (152). Las mujeres viejas más jóvenes (65-74 años) equivalen al 4 por ciento de estas dos poblaciones femeninas. Además, entre las poblaciones ancianas totales de indios norteamericanos/nativos de Alaska y hawaianos nativos, las mujeres son cerca de tres quintas partes (58 por ciento y 57 por ciento, respectivamente).

Hispanos. Las personas ancianas constituían el 5 por ciento de la población hispana de los Estados Unidos en 1990 (165). Al igual que la población menor de 65 años, los hispanos ancianos viven principalmente en el sur y el oeste; tres de cada cuatro hispanos ancianos viven en estas regiones. Cerca de la mitad de los hispanos ancianos (49 por ciento) eran de origen mexicano, 15 por ciento cubano, 12 por ciento puertorriqueños y 25 por ciento de otros subgrupos hispanos. Casi el 40 por ciento de los hispanos mayores reporta que no habla inglés, aunque más de una cuarta parte reporta tener buenas bases de inglés (166). Parte de este limitado conocimiento del inglés está relacionado con la edad al momento de la inmigración, con una proporción considerable de hispanos, particularmente cubanos, que inmigraron a los Estados Unidos a los 55 años de edad o más. La población de ancianos de 80 años y más está proyectada para crecer del 19 por ciento de todos los ancianos hispanos en 1990, al 36 por ciento en el año 2050 (165). Debido a este crecimiento la Proporción de Soporte Paterno está proyectada a más del triple para hispanos durante este periodo, de 11 a 36.

Cerca del 6 por ciento de todas las mujeres hispanas son ancianas, con cerca de 4 por ciento entre la población "vieja-joven" (65-74 años de edad) (152). Las mujeres hispanas también son la mayoría de todos los hispanos ancianos y constituyen cerca de tres quintas partes (59 por ciento) de la población de 65 años y más y 62 por ciento de la población de 75 años y más.

NORTEAMERICANOS NEGROS. Los ancianos eran el 8 por ciento de toda la población negra en 1990, más de la mitad de los cuales vivían en estados sureños (165). Como en otros grupos raciales/étnicos, la población "vieja-vieja" es el segmento de más rápido crecimiento de los ancianos negros. Dos de cada 10 negros tenían 80 años y más en 1990, y esta proporción podría incrementar a 3 de 10 para el año 2050. Este crecimiento de población podría hacer que la Proporción de Soporte Paterno aumentara de 16 (personas de 80 años o más por cada 100 personas de 50-64 años de edad) en 1990, a 27 hacia mediados del próximo siglo.

Las ancianas negras (65 años y más) eran el 10 por ciento de la población femenina negra en 1990, poco más del 8 por ciento de participación de todos los ancianos de la población negra (152). La mayoría de las mujeres ancianas negras (58 por ciento) son "viejas-jóvenes" (65-74 años), y estas mujeres negras "viejas-jóvenes" son tres quintas partes de todas los negros entre 65-74 años. Las mujeres son el 62 por ciento de todos los negros ancianos, pero dos terceras partes (66 por ciento) de los negros ancianos de 75 años y más.

Asiáticos e Isleños del Pacífico. Entre los asiáticos e isleños del Pacífico, 6 por ciento de la población es anciana, y el 55 por ciento de estos ancianos vive en California, Hawai y Washington (25,165). Al igual que otras poblaciones ancianas, las personas de 80 años y más son el segmento de más rápido crecimiento, proyectado para aumentar de 16 por ciento de todos los asiáticos e isleños del Pacífico en 1990, a 39 por ciento en el año 2050. Consistente con este crecimiento, la proporción de personas de 80 años y más por cada 100 personas entre 50-64 años (la Proporción de Soporte Paterno) se espera que aumente más de tres veces, de 9 a 34 (165).

Si sólo los asiáticos norteamericanos son la base, el 3 por ciento de esta población es anciana; más de dos veces esa participación (7 por ciento) de todas las mujeres asiáticas son ancianas (152). Las mujeres son poco más del 55 por ciento de todos los asiáticos de 65 años y más y constituyen participaciones prácticamente equivalentes de las subpoblaciones ancianas de 65-74 años de edad y 75 años de edad y más.

Acceso al cuidado de salud

Las mujeres ancianas de color comparten varias características con todas las mujeres ancianas. Primero, las mujeres ancianas de color sobrepasan en número a los hombres ancianos de color. Aunque las proporciones por sexo (hombres por 100 mujeres), entre las principales subpoblaciones de minorías raciales/étnicas son inferiores a 100, van desde 62 ancianos negros por 100 ancianas negras a 82 ancianos asiáticos por 100 ancianas asiáticas (165). La proporción por sexo para afronorteamericanos de 40 a 44 años es similar a la proporción por sexo para los blancos norteamericanos de 60 a 64 años de edad (77). La proporción por sexo más alta para los ancianos

asiáticos refleja el desequilibrio histórico de los géneros entre los inmigrantes asiáticos a los Estados Unidos, ya que inicialmente los hombres asiáticos migraron solos (25).

Segundo, las ancianas de color tienen más probabilidades de enviudar que los ancianos de color. Estas diferencias son contundentes incluso entre los "viejos-jóvenes" (65-74), pero se vuelven más pronunciadas para las mujeres de color en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, el 48 por ciento de las mujeres negras de 65-74 años de edad eran viudas, comparado con el 19 por ciento de hombres negros. Sesenta y cuatro por ciento de mujeres negras de 75 a 84 años de edad eran viudas, versus 38 por ciento de hombres negros (165). Las mujeres viudas a menudo están en la pobreza debido a la pérdida del sostén económico de sus maridos (164).

Tercero y último, entre más viven las mujeres de color, más probabilidad tienen de verse afectadas por enfermedades crónicas, incapacidad y dependencia, como sucede con todas las mujeres ancianas. Por ejemplo, cuando se comparan con las mujeres blancas ancianas, las mujeres negras ancianas tienen más probabilidades de haber enviudado o de estar separadas y de tener al menos tres problemas médicos, generalmente de este grupo: hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y eventos cerebrovasculares (77).

Además de las características compartidas con todas las ancianas, las ancianas de color le suman a sus últimos años los efectos acumulativos sobre la salud, de ser personas de color en una sociedad en la cual a menudo han encontrado desventajas por esa razón. Estas desventajas se reflejan en los recursos limitados disponibles durante sus vidas para llenar las necesidades de cuidado de salud y otras (167). Las más altas proporciones de hogares dirigidos por mujeres de color (comparado con mujeres blancas), en todos los grupos de edad, combinadas con la más alta incidencia de pobreza entre estos hogares dirigidos por mujeres (comparado con hogares dirigidos por hombres), sugiere que a medida que las mujeres de color envejecen y aquellas con maridos enviudan, la proporción de mujeres de color empobrecidas pueden solamente aumentar. Wray (1992) ha encontrado que el nivel socioeconómico es de hecho un factor notable en las diferencias de salud entre negros y blancos de más de 55 años de edad (66).

La falta de recursos sociales y sicológicos está acompañada a menudo por una falta de instalaciones físicas, como la limitada disponibilidad de instituciones capacitadas para cuidado intermedio y a largo plazo, en las reservaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska (8). Actualmente, existen 15 de dichas instalaciones para cerca de 300 reservaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska. Esta falta de instalaciones significa que los indios norteamericanos/nativos de Alaska deben ser cuidados dentro de las comunidades en las cuales viven, sin importar si hay recursos disponibles para este propósito (5).

Al igual que los ancianos indios norteamericanos/nativos de Alaska, los ancianos hispanos tienen más probabilidades de ser cuidados dentro de las comunidades hispanas que en hogares de ancianos. La fortaleza y la centralización de los valores familiares explican esto (166). Sin embargo, dado que las familias hispanas más aculturadas proporcionan niveles más bajos de soporte informal para los ancianos, esto puede cambiar a medida que crece el número de hispanos en los Estados Unidos y la duración de su exposición a la influencia de la cultura norteamericana. Por ello, existe la necesidad futura de un mayor acceso a hogares de ancianos y a cuidado de salud en casa para los ancianos hispanos (166).

De forma semejante, los pacientes norteamericanos negros y sus familias actualmente son más dados a preferir los servicios formales en el hogar, a ser enviados a instituciones post hospitalario (168). Dado que se encontró que los ancianos negros accedían a cuidado post hospitalario en el hogar, con niveles más altos de deterioro físico y cognoscitivo, y que tenían proveedores de cuidado con más limitaciones que los ancianos blancos, la habilidad de esta población para evitar la colocación en hogares de ancianos puede estar limitada en el futuro. La preferencia por servicios en el hogar está relacionada con la percepción que tienen los ancianos negros y sus familias de que los servicios ubicados por fuera de las comunidades negras no son culturalmente compatibles con las necesidades de estos ancianos. La renuencia a usar instituciones fuera del hogar hace a menudo que los ancianos negros no utilicen los servicios que necesitan o a los que tienen derecho (167).

El cambio de roles de los ancianos con las personas más jóvenes dentro de las familias asiáticas que han emigrado a los Estados Unidos, tiene implicaciones tanto para los planes de vida como para el acceso al cuidado entre los ancianos. Aunque los ancianos asiáticos pueden ayudar con el cuidado de los niños o efectuar labores domésticas para sus familias, ya han dejado de ofrecer sustento economico, tierra y otros bienes materiales, como pasaría en sus tierras natales. Así, como lo ilustra el caso de los

chinos ancianos, pocos viven con sus hijos, quienes han dejado las ciudades centrales en las cuales se instalaron inicialmente las familias. En cambio, la mayoría de los chinos ancianos permanecen en los barrios chinos, donde sus necesidades de interacción social y servicios de cuidado de la salud son satisfechas más fácilmente (169).

Las necesidades mayores y hasta ahora insatisfechas de seguro y servicios de cuidado de salud para el futuro, deberían entonces anticiparse entre las mujeres ancianas de color, que entre las mujeres blancas ancianas. Actualmente, los ancianos de las minorías raciales/étnicas reportan tasas más bajas de uso que los blancos, a pesar de su mayor necesidad de servicios de cuidado de salud per cápita (66). Aunque la falta de seguro no explica del todo esta disparidad, es relevante al reducido acceso a servicios entre las mujeres ancianas de color, quienes podrían no ser elegibles para seguro federal de salud. Mientras el 96 por ciento de todas las mujeres de 65 años o más reporta tener cubierta de Medicaid, sólo el 88 por ciento de las mexicanas norteamericanas, el 77 por ciento de las puertorriqueñas y el 87 por ciento de las cubanas norteamericanas en este mismo grupo de edad reportaron esta cobertura (170). Faltas similares de cobertura serían de esperar entre otros grupos raciales/étnicos con grandes poblaciones de inmigrantes.

Otras barreras para el cuidado son socioculturales y políticas. Por ejemplo, dado que ellos relacionan mala salud y debilidad con el proceso normal de envejecimiento, los indios norteamericanos/nativos de Alaska pueden tener menos probabilidades que otros de buscar cuidado para enfermedades que son tratables y curables (8). Esta asunción puede por sí misma constituir una barrera al cuidado. En adición, los indios ancianos norteamericanos/nativos de Alaska a menudo carecen de confianza en el cuidado médico que no sea nativo. Los indios norteamericanos urbanos no desean soportar prolongadas esperas en una clínica no nativa para conseguir cuidado, debido a su percepción cultural de "que muchas actitudes en general son intolerablemente rudas" (4). Conductas como ir directo al grano, dirigirse a los extraños en voz alta, con tono confiado e interrumpiendo a menudo al que habla, aumentan la distancia entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska y los profesionales que no son indios norteamericanos/nativos de Alaska. El "racismo evidente" y los "perniciosos efectos de los estereotipos" que los indios ancianos norteamericanos/nativos de Alaska han encontrado en sus años de búsqueda de cuidado, también se convierten en barreras para la búsqueda de cuidado al final de sus días (4). Ellos han tenido durante toda la vida la experiencia de ser siempre rechazados por las clínicas públicas porque el personal erróneamente insiste en que el Servicio de Salud Indio es la única agencia responsable de su cuidado (4).

En un estudio, los indios norteamericanos más viejos reportaron que "temen a los profesionales de la salud que no son indios, no esperan ser tratados en forma justa por ellos y anticipan experiencias adversas del contacto (4). Las actitudes y experiencias como éstas se esconden detrás de los hallazgos de la SAIAN, de que sólo el 66 por ciento de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska de 60 años o más, han tenido un examen de seno, comparado con 86 por ciento entre todas las mujeres de esa edad en los Estados Unidos (171). De forma similar, sólo el 17 por ciento de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska de 60 años o más reportaron haber tenido alguna vez una mamografía, mientras el 38 por ciento de todas las mujeres de los Estados Unidos en este grupo de edad reportó haberse hecho alguna vez este examen (171).

Barreras socioculturales y políticas similares interfieren con el acceso de las mujeres negras ancianas en la zona rural del sur a los servicios de cuidado de la salud. Las ancianas negras en la zona rural de Carolina del Norte reportaron sentirse "distanciadas" del sistema local de cuidado de la salud, permitiendo a menudo que este sentimiento demorara o evitara los exámenes de detección para el cáncer del seno o de otros servicios preventivos (172). En 1991, el 58 por ciento de las mujeres afronorteamericanas de 65 años y más reportó no haber tenido una mamografía en los últimos dos años; 51 por ciento de las mujeres blancas de la misma edad reportó la falta de este examen (139). Aunque la pobreza también es un factor en esta falta de acceso a los servicios preventivos, no constituye toda la explicación. Un legado de la historia de la discriminación tanto oficial como de facto, dentro de los sistemas de cuidado de salud rígidamente segregados del Viejo Sur, es que las mujeres negras más viejas continúan percibiendo una actitud de poca acogida en los sistemas de cuidado de salud de los blancos. Las ancianas negras a menudo recurren a familiares o amigos, y no al sistema local de salud, en busca de soporte e información (173).

Incluso si las mujeres ancianas negras acuden al sistema de salud para ver proveedores, el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades se vuelve complicado por las barreras científicas y de comunicación. Los estilos de comunicación desarrollados por los

ancianos negros como mecanismos de acople para funcionar en una sociedad racista pueden interferir con el proceso de compartir la información con los proveedores, que les permita diagnosticar sus problemas médicos. Los ancianos negros pueden mostrarse renuentes a ofrecer información sobre sí mismos o sobre sus historias clínicas y puede ser difícil hacerlos participar en un encuentro médico (167). También pueden vacilar en reportar qué tratamientos no son satisfactorios, por temor a ser ignorados o recibir retaliación. Adicionalmente, las enfermedades entre los ancianos negros son diagnosticadas erróneamente, porque la mayoría de los textos médicos estándar no incluyen descripciones sobre la forma en que el color de la piel puede afectar la presentación o manifestación de la enfermedad (167). Dado que las úlceras por presión o la ictericia pueden presentarse en forma diferente en pacientes con tonos más oscuros de piel, enfermedades potencialmente significativas pueden no ser detectadas hasta que están en estados avanzados, o condiciones benignas pueden ser diagnosticadas como más serias de lo que en realidad son.

Aun cuando la incapacidad para hablar inglés constituye una importante barrera para las mujeres asiáticas ancianas al buscar cuidado de salud, no es el único impedimento. Las mujeres asiáticas ancianas que hablan inglés pueden sólo saber cómo describir sus dolores o malestares en sus idiomas nativos. Por vergüenza o para evitar conflictos, pueden contestar "si" cuando en realidad no han entendido algo y así, aceptar un plan de tratamiento, pero no llevarlo a cabo (169). Muchos ancianos asiáticos creen que el sanador debe estar en capacidad de hacer un diagnóstico sin mucha discusión y con poco o ningún contacto físico. Los médicos que hacen demasiadas preguntas, necesitan demasiados exámenes o sugieren probabilidades de los resultados (en vez de garantizarlos), tienen todas las probabilidades de perder la credibilidad entre estos ancianos. Esta pérdida puede producir una descontinuación prematura de las terapias prescritas por la medicina occidental y la omisión de la mención del uso de medicinas tradicionales por miedo a que el proveedor se enoje, rehuse tratarlos o haga que les quiten sus plantas medicinales (169).

La percepción de la enfermedad por los ancianos asiáticos norteamericanos, la cual se concentra principalmente en síntomas como un dolor, debilidad, mareo o náusea, puede servir también como barrera para la búsqueda de cuidado (25). Esta percepción de enfermedad hace difícil para los asiáticos norteamericanos poner en palabras y por lo tanto, buscar tratamiento para enfermedades como el cáncer, hipertensión o diabetes mellitus. Por ejemplo, es especialmente difícil para las asiáticas norteamericanas mayores percibir una enfermedad de los órganos reproductores femeninos (25). Esto puede explicar parcialmente los bajos porcentajes de asiáticas norteamericanas que reportan haberse hecho mamografías o pruebas Pap, o Papanicolaou. El matiz cultural que se le da a los senos y la vagina después de la menopausia, a menudo ocasiona pena y aplazamiento del examen de estos órganos (25). Esta falta de búsqueda de cuidado preventivo se refleja en el hecho de que en 1991, una participación algo más baja (dos terceras partes) de mujeres asiáticas de 65 años o más, reportaron haber tenido un control en el pasado año, comparado con 68 por ciento de ancianas blancas y el 74 por ciento de ancianas negras (139). Las hispanas fueron el único grupo de ancianas con participación más pequeña (60 por ciento), que reportó haber tenido un control en el último año. Las mujeres asiáticas de 65 años o más (83 por ciento), también tuvieron menos probabilidades de reportar haber tenido una valoración de la presión arterial en el último año, que otras mujeres ancianas (87 por ciento blancas, 85 por ciento hispanas y 90 por ciento negras) y más probabilidades de reportar no haber tenido nunca un control de la presión sanguínea (7 por ciento de las mujeres asiáticas norteamericanas), o haber tenido el control hace tres años o más (139).

Evaluación de la salud

Las personas ancianas de color, especialmente hispanos y afronorteamericanos, son conocidos por tener un mayor número de incapacidades funcionales, medidas por los días de actividad restringida y postración en cama, que los blancos ancianos de la misma edad (66). Las limitaciones de actividad debido a la artritis aumentan con la edad para todas las mujeres, pero son especialmente severas para las mujeres afronorteamericanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska entre los 2.5 millones de mujeres de 65 años de edad y más que reportan esta condición (174). Además, aunque la incidencia de fracturas de cadera, relacionadas con la edad, en las mujeres negras es cerca de la mitad que en las blancas, las tasas en mujeres negras son considerablemente altas y están asociadas con tasas subsiguientes más elevadas de invalidez e incluso mortalidad (175). La osteoporosis, a menudo la causa de las fracturas de cadera, entre las mujeres ancianas es ampliamente conocida por ser más

común en mujeres asiáticas que en otros grupos raciales/étnicos de mujeres ancianas (169). Aunque el descenso en la absorción del calcio con la edad está implicado en la incidencia de osteoporosis entre las asiáticas ancianas, la falta de ejercicio entre esta subpoblación también es un factor causal.

Las indias norteamericanas/nativas de Alaska de 65 años o más incluidas en la SAIAN reportaron mayores incidencias que todas las mujeres de los Estados Unidos, de enfermedad de la vesícula biliar y diabetes mellitus, dos condiciones crónicas que pueden contribuir a la incapacidad y alteración funcional (176). La diabetes sigue siendo un problema entre las mujeres negras e hispanas de 65 años de edad o más, como lo fue al comienzo de la edad adulta. Entre las mujeres negras, la diabetes se puede considerar epidémica con una de cada cuatro mujeres negras mayores de 55 años de edad teniendo la enfermedad, el doble de la tasa entre las mujeres blancas (177). Las mujeres mexicanas norteamericanas (15 por ciento) y puertorriqueñas (16 por ciento) entre 45 y 74 años de edad tienen una incidencia más alta de diabetes mellitus que las blancas no hispanas (6 por ciento) y las negras (11 por ciento) (170). La hipertensión, sobre todo entre las mujeres filipinas, y los altos niveles de colesterol son dos causas importantes de morbilidad entre las mujeres asiáticas (25).

Se ha encontrado que los ancianos de minorías raciales/étnicas tienen más probabilidades de experimentar trastornos psicosociales, que otras personas ancianas (178). Esto es especialmente cierto entre las personas de color que han experimentado bajos ingresos, mínima educación, viviendas subestándares y una falta general de oportunidades en sus vidas y por lo tanto cuentan con menos recursos sociales y sicológicos de ajuste. Al mismo tiempo, se ha cuestionado la precisión de los reportes de enfermedades siquiátricas entre los afronorteamericanos (77). Se han encontrado diagnósticos sesgados que producen una mayor probabilidad de diagnóstico de esquizofrenia entre negros de lo que se confirma al reexaminar el paciente. Los diagnósticos erróneos se atribuyen a la distancia social entre los siquiatras tratantes y los pacientes, la presencia de racismo y los miedos inconscientes relacionados con el trabajo con pacientes distintos de ellos mismos. Estos diagnósticos erróneos a menudo ocasionan el incremento de reclusiones y la prescripción de dosis más altas de drogas para los pacientes negros ancianos (que para pacientes blancos ancianos), con problemas mentales de salud (77).

Las respuestas efectivas a los problemas mentales varian por grupo racial/étnico. Por ejemplo, en un estudio se encontró que la ayuda de la familia amortiguaba el malestar sicológico entre los negros ancianos, mientras que niveles más altos de interacción familiar estuvieron asociados con mayor depresión entre los mexicanos norteamericanos (178).

Las principales causas de muerte para las poblaciones ancianas de las minorías raciales/étnicas incluyen diabetes e hipertensión, las cuales son prominentes causas de muerte entre afronorteamericanos, hispanos y nativos norteamericanos ancianos (66). Las seis causas principales de muerte para indios norteamericanos/nativos de Alaska son enfermedades cardíacas, cánceres, trastornos cerebrovasculares, neumonía e influenza, diabetes mellitus y accidentes (8). Las tasas de supervivencia al cáncer entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska ancianos son de las más bajas de todas las subpoblaciones de los Estados Unidos.

En un estudio estatal, se encontró que los hispanos ancianos (hombres y mujeres) tienen tasas de mortalidad más bajas que los ancianos blancos (mujeres y hombres) para casi todas las causas, especialmente enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y condiciones relacionadas y cánceres (166). Los hispanos más viejos tenían tasas de mortalidad más altas debido a diabetes mellitus, accidentes en vehículos de motor, enfermedades renales (como nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis) y enfermedad hepática crónica y cirrosis, que los blancos no hispanos.

Aunque las tasas de mortalidad ajustadas por edad generalmente son más bajas para los asiáticos norteamericanos que para los blancos, hay una gran variedad en las tasas reportadas por subgrupos de asiáticos (25). Las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, de 65 años o más tienen una alta tasa de muerte por suicidio (más de 8 por 100.000), la cual es cuatro veces la de las mujeres negras ancianas (2 por 100.000) y 1.3 veces la de las mujeres blancas ancianas (más de 6 por 100.000). Las tasas de suicidio entre las mujeres chinas y japonesas norteamericanas ancianas, en particular, se sabe que exceden las tasas de suicidio entre mujeres no asiáticas de las mismas edades (25). El aislamiento social se plantea como una explicación para esto, aunque los problemas de salud se mencionan más a menudo como la razón para el suicidio cuando dejan notas suicidas (179).

Las tasas de muerte entre algunas de las poblaciones raciales/étnicas ancianas difieren de las de

los blancos, debido en parte al "efecto de mortalidad cruzada" observado entre los afronorteamericanos y los indios norteamericanos/nativos de Alaska. El efecto de mortalidad cruzada es un patrón de supervivencia selectivo, en el cual los afronorteamericanos y los indios norteamericanos/nativos de Alaska menos robustos mueren a edades más tempranas y los más fuertes sobreviven hasta edades mucho más avanzadas (66). Esto explica porqué la expectativa de vida entre los blancos excede la de los afronorteamericanos a los 65 años de edad, pero sucede a la inversa alrededor de los 75 años, o sea, la expectativa de vida de los afronorteamericanos excede la de los blancos (66).

REFERENCIAS

1 Bureau of the Census. *US population estimates by age, sex, race, and Hispanic Origin, 1990-1995, with associated tables for recent months.* Population Division Release PPL-41, 1996

2 Bureau of the Census. *We asked ... you told us: Race.* Census Questionnaire Content, 1990 CQC-4. Washington, DC: US Department of Commerce, 1992

3 Alu Like, Inc. (Native Hawaiian Health Research Consortium). *E ola mau: The Native Hawaiian health needs study — Medical Task Force report.* Honolulu: Alu Like, Inc., 1985

4 Kramer BJ. Health and aging of urban American Indians. *West J Med* 1992; 157(3):281-285

5 Kingfisher PJ. *The health status of indigenous women of the US: American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiians.* Background paper for the Canada-USA Forum on Women's Health, Ottawa, Canada, August 8-10, 1996

6 Scott S, Suagee M. *Enhancing health statistics for American Indian and Alaskan Native communities: An agenda for action — A report to the National Center for Health Statistics.* St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1992

7 Bureau of the Census. *CH-1-1 1990 Census of Housing, General housing characteristics.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1992

8 Rousseau P. Native-American elders: Health care status. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):83-95

9 Indian Health Service. *Trends in Indian health, 1996.* Rockville, MD: US Public Health Service, 1997

10 Cunningham PJ. *Access to care in the Indian Health Service.* AHCPR publication no. 94-0010. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1993

11 Sugarman JR, Brenneman G, LaRoque W, Warren CW, Goldberg HI. The urban American Indian oversample in the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Public Health Rep* 1994; 109(2):243-250

12 Health Resources and Services Administration. *HIV/AIDS workgroup on health care access issues for American Indians and Alaska Natives.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1992

13 Indian Health Service. *Indian women's health issues: Final report.* Tucson, AZ: US Public Health Service, 1991

14 Campbell GR. The changing dimension of Native American health: A critical understanding of contemporary Native American health issues. *American Indian Culture and Research Journal* 1989; 13(3/4):1-20

15 Bureau of the Census. *CP-2-1 1990 Census of population, social and economic characteristics, United States.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1993, p. 95

16 Indian Health Service. *Indian health focus: Women.* Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

17 Welty TK. Health implications of obesity in American Indians and Alaska Natives. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 1616S-1620S

18 Alston D. Transforming a movement: People of color unite at summit against "Environmental Racism". *Network News.* New York: National Network of Grantmakers, 1992, p.1

19 Indian Health Service. *The sanitation facilities construction program — Public Law 86-121, Annual report for 1995.* Rockville, MD: US Public Health Service, n.d.

20 Horton JA (ed). *The women's health data book: A profile of women's health in the United States.* Washington, DC: Jacobs Institute of Women's Health, 1992

21 Selected Entries, in: *Grolier multimedia encyclopedia.* Version 8.01. San Jose, CA: Grolier Electronic Publishing Inc., 1996

22 Ponce N. Asian and Pacific Islander health data: Quality issues and policy recommendations. In *Policy Papers.* San Francisco: Asian American Health Forum, Inc., 1990

23 Takeuchi DT, Young KNJ, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 3-21

24 Chen MS, Hawks BL. A debunking of the myth of healthy Asian Americans and Pacific Islanders. *Am J Health Promot* 1995; 9(4):261-268

25 Lum OM. Health status of Asians and Pacific Islanders. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):53-67

26 McCuddin CR, Miike LH, Pangelinan V, Franco RW. Pacific Americans and the National Health Care Act: Where we fit. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health* 1994; 2(3):213-253

27 Rubinstein DH. Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Soc Sci Med* 1983; 17(10):657-665

28 Hirota S. Needs assessment of Pacific Islander Americans. In *Summary of "Breaking the Barriers" conference by Asian American Health Forum, Inc.* (AAHF). San Francisco: AAHF, 1988

29 Office of Hawaiian Affairs. Native Hawaiian data book. Honolulu: Office of Hawaiian Affairs, 1994: http://planet-hawaii.com

30 Chung CS, Tash E, Raymond J, Yasunobu C, Lew R. Health risk behaviors and ethnicity in Hawaii. *Int J Epidemiol* 1990; 19(4):1011-1018

31 Curb JD, Aluli NE, Kautz JA, Petrovitch H, Knutsen SF, Knutsen R, O'Conner HK, O'Conner WE. Cardiovascular risk factor levels in ethnic Hawaiians. *Am J Public Health* 1991; 81(2):164-167

32 Wegner EL. Hypertension and heart disease. *Social Progress in Hawaii* 1989; 32:113-133

33 Goodman MJ. Breast cancer in multi-ethnic populations: The Hawaii perspective. *Breast Cancer Res Treat* 1991; 18(suppl.1):S5-S9

34 Bindon, JR, Crews DE. *Measures of health and morbidity in Samoans.* Abstract of a paper presented at the Third Asian American Health Biennial Forum, "Asian and Pacific Islanders: Dispelling the Myth of a Healthy Minority", Bethesda, MD, November 1990

35 Martin JA. Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992. *Monthly Vital Statistics Report* 1995; 43(10):Supplement

36 Asian American Health Forum, Inc. (AAHF). *Fact sheets.* San Francisco: AAHF, 1990

37 Leung M, Lu MC. Ethnocultural barriers to care. In *Policy Papers.* San Francisco: Asian American Health Forum, Inc., 1990

38 Health Resources and Services Administration. *HIV/AIDS workgroup on health care access issues for Hispanic Americans.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1991

39 General Accounting Office. *Hispanic access to health care: Significant gaps exist.* GAO/PEMD-92-6. Washington, DC: US Government Printing Office, 1992

40 Bureau of the Census. *Statistical tables for the Hispanic Origin population from the March 1994 Current Population Survey.* Washington, DC: 1995

41 Leigh WA. *The health of US women: Minority/Diversity perspectives.* Background paper for the Canada-USA Forum on Women's Health, Ottawa, Canada, August 8-10, 1996

42 Leigh WA. *Housing and neighborhood characteristics by race and ethnicity.* Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies, 1994

43 Bureau of the Census. *Money income in the United States: 1995 (With separate data on valuation of non-cash benefits).* Current Population Reports, P60-193. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996

44 Lillie-Blanton M, Martinez RM, Taylor AK, Robinson BG. Latina and African American women: Continuing disparities in health. *Int J Health Serv* 1993; 23(3):555-584

45 Bureau of the Census. *We asked ... you told us: Hispanic Origin.* Census Questionnaire Content, 1990 CQC-7. Washington, DC: US Department of Commerce, 1992

46 Valdez RB, Delgado DJ, Cervantes RC, Bowler S. *Cancer in US Latino communities.* Santa Monica, CA: RAND, 1993

47 Brown P. Race, class, and environmental health: A review and systematization of the literature. *Environ Res* 1995; 69:15-30

48 Ginzberg E, in: Furino A. *Health policy and the Hispanic.* Boulder, CO: Westview Press, 1992, pp. 22-31

49 Bastida E. *Macro structural factors impacting on Hispanic health.* Paper presented at the conference "Behavioral and Sociocultural Perspectives on Ethnicity and Health", Chapel Hill, NC, September 1992

50 Zambrana RE, in: Grady ML, Schwartz H (eds). *Medical effectiveness research data methods.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1992, pp. 221-227

51 Higginbotham JC, Treviño FM, Ray LA. Utilization of curanderos by Mexican Americans: Prevalence and predictors — Findings from HHANES, 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):32-35

52 Wells KB, Hough RL, Golding JM, Burnam MA, Karno M. Which Mexican-Americans underutilize health services? *Am J Psychiatry* 1987; 144(7):918-922

53 Wells KB, Golding JM, Hough RL, Burnam MA, Karno M. Factors affecting the probability of use of general and medical health and social/community services for Mexican American and Non-Hispanic whites. *Med Care* 1988; 26(5):441-452

54 Sorel JE, Ragland DR, Syme SL. Blood pressure in Mexican Americans, whites, and blacks. *Am J Epidemiol* 1991; 134(4):370-378

55 Pappas G, Gergen PJ, Carroll M. Hypertension prevalence and the status of awareness, treatment, and control in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES), 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(12):1431-1436

56 Baugher E, Lamison-white L. *Poverty in the United States: 1995.* Current Population Reports, Series P60-194. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996

57 Bureau of the Census. *Unpublished tables from the March 1996 Current Population Survey.* Washington, DC: 1997

58 Sorenson SB. Violence against women: Examining ethnic differences and commonalities. *Eval Rev* 1996; 20(2):123-145

59 Zambrana RE, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw S. Factors which influence use of prenatal care in low-income racial-ethnic women in Los Angeles county. *J Community Health* 1991; 16(5):283-295

60 Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational health problems among migrant and seasonal farm workers. *West J Med* 1992; 157:367-373

61 Solis JM, Marks G, Garcia M, Shelton D. Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: Findings from HHANES, 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):11-19

62 Rosenbach ML, Butrica B. *Issues in providing drug treatment services to racial and ethnic minorities.* Paper prepared for the Second Annual Advisory Committee Meeting for the National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Center for Drug Abuse Services Research, Tyngsboro, MA, May 1991

63 Guendelman S, Gould JB, Hudes M, Eskenazi B. Generational differences in perinatal health among the Mexican American population: Findings from HHANES, 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):61-65

64 Burnam MA, Hough RL, Karno M, Escobar JI, Telles CA. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *J Health Soc Behav* 1987; 28:89-102

65 Golding JM, Burnam MA. Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican American community. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(3):161-171

66 Wray LA. Health policy and ethnic diversity in older Americans — Dissonance or harmony? *West J Med* 1992; 157(3):357-361

67 Zhang J, Markides KS, Lee DJ. Health status of diabetic Mexican Americans: Results from the Hispanic HHANES. *Ethn Dis* 1991; 1(3):273-279

68 Lopez LM, Mâsse BR. Income, body fatness, and fat patterns in Hispanic women for the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Health Care Wom Int* 1993; 14:117-128

69 Amaro H. *In the midst of plenty: Reflections on the economic and health status of Hispanic families.* Paper presented at the American Psychological Association convention, Washington, DC, August 14-18, 1992

70 Markides K, Ray LA, Stroup-Benham CA, Trevño F. Acculturation and alcohol consumption in the Mexican American population of the Southwestern United States: Findings from HHANES, 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):42-46

71 black SA, Markides KS. Acculturation and alcohol consumption in Puerto Rican, Cuban-American, and Mexican-American women in the United States. *Am J Public Health* 1993; 83(6):890-893

72 Amaro H, Whitaker R, Coffman G, Heeren T. Acculturation and marijuana and cocaine use: Findings from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES), 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):54-60

73 Nyamathi A, Bennett C, Leake B, Lewis C, Flaskerud J. AIDS-related knowledge, perceptions, and behaviors among impoverished minority women. *Am J Public Health* 1993; 83(1):65-71

74 Woodward AM, Dwinell AD, Arons BS. Barriers to mental health care for Hispanic Americans: A literature review and discussion. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3): 224-236

75 Scrimshaw SCM, Zambrana R, Dunkel-Schetter C, in: Ruzek S, Oleson V, Clarke A (eds). *Women's health: The dynamics of diversity.* Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 329-347

76 Menendez BS. AIDS mortality among Puerto Ricans and other Hispanics in New York, 1981-1987. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990; 3:644-648

77 Baker FM. Mental health issues in elderly African Americans. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):1-13

78 Savage PJ, Harlan WR. Racial and ethnic diversity in obesity and other risk factors for cardiovascular diseases: Implications for studies and treatment. *Ethn Dis* 1991; 1(2):200-211

79 National Center for Health Statistics. *Health United States,* 1995. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996

80 National Institutes of Health. *A partnership for health: Minorities and biomedical research.* Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1995-1996

81 Norris SL, deGuzman M, Sobel E, Brooks S, Haywood LJ. Risk factors and mortality among black, Caucasian, and Latina women with acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1993; 126(6):1312-1319

82 Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds). *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992.* NIH publication no. 96-4104. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1996

83 Darrow SL, Russell M, Cooper ML, Mudar P, Frone MR. Sociodemographic correlates of alcohol consumption among African-American and white women. *Women Health* 1992; 18(4):35-51

84 Herd D. An analysis of alcohol-related problems in black and white women drinkers. *Addiction Research* 1993; 1(3):181-198

85 Rebach H. Alcohol and drug use among American minorities. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:23-57

86 Panel on Health and Demography, in: Jaynes GD, Williams RM. *A common destiny: blacks and American society.* Washington, DC: National Academy Press, 1989, pp. 391- 450

87 David RJ, Collins JW. Bad outcomes in black babies: Race or racism? *Ethn Dis* 1991; 1:236-244

88 Wilkinson DY, King G, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 56-71

89 Bureau of Labor Statistics. *Employment and Earnings.* Volume 42. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996

90 Himmelstein DU, Lewontin JP, Woolhandler S. Medical care employment in the United States, 1968 to 1993: The importance of health sector jobs for African Americans and women. *Am J Public Health* 1996; 86(4):525-528

91 Gates-Williams J, Jackson MN, Jenkins-Monroe V, Williams LR. The business of preventing African-American infant mortality. *West J Med* 1992; 157(3):350-356

92 Schoendorf KC, Hogue CJR, Kleinman JC, Rowley D. Mortality among infants of black as compared with white college-educated parents. *N Engl J Med* 1992; 326:1522-1526

93 Lieberman E. Editorial: Low birth weight — Not a black-and-white issue. *N Engl J Med* 1995; 332(2):117-118

94 Liu WT, Yu ESH, in: Maldonado L, Moore J (eds). *Urban ethnicity in the United States.* Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985, pp. 211-247

95 Somervell PD, Leaf PJ, Weissman MM, Blazer DG, Bruce ML. The prevalence of major depression in black and white adults in five United States communities. *Am J Epidemiol* 1989; 130(4):725-735

96 Repetti RL, Matthews KA, Waldron I. Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *Am Psychol* 1989; 44(11):1394-1401

97 Snapp MB. Occupational stress, social support, and depression among black and white professional-managerial women. *Women Health* 1992; 18(1):41-79

98 Miller SM, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 500-531

99 Sexton K, Gong H, Bailar JC, Ford JG, Gold DR, Lambert WE, Utell MJ. Air pollution health risks: Do class and race matter? *Toxicol Ind Health* 1993; 9(5):843-878

100 Headen AE Jr., Headen SW. General health conditions and medical insurance issues concerning black women. *Review of Black Political Economy* 1985-86; 14:183-197

101 Calle EE, Flanders D, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US women. *Am J Public Health* 1993; 83(1):53-60

102 Wilcox LS, Mosher WD. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. *Public Health Rep* 1993; 108(1):76-86

103 Makuc DM, Freid VM, Kleinman JC. National trends in the use of preventive health care by women. *Am J Public Health* 1989; 79(1):21-26

104 Dooley SL, Metzger BE, Cho NH. Influence of race on disease prevalence and perinatal outcome in the US population. *Diabetes* 1991; 40(suppl. 2):25-29

105 Hogue CJR, Hargraves MA. Class, race, and infant mortality in the United States. *Am J Public Health* 1993; 83(1):9-12

106 Folsom AR, Burke GL, Byers CL, Hutchinson RG, Heiss G, Flack JM, Jacobs DR Jr., Caan B. Implications of obesity for cardiovascular disease in blacks: the CARDIA and ARIC studies. *Am J Clin Nutr* 1991; 53:1604S-1611S

107 Smith GD, Egger M. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *Am J Public Health* 1992; 82:1079-1081

108 Krieger N, Sidney S. Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA study of young black and white adults. *Am J Public Health* 1996; 86(10):1370-1378

109 Bachman R. *Violence against women: A national crime victimization survey report.* Publication no. NCJ-145325. Washington, DC: US Department of Justice, 1994

110 Bachman R, Saltzman LE. *Violence against women: Estimates from the redesigned survey.* Publication no. NCJ-154348. Washington, DC: US Department of Justice, 1995

111 Sorenson SB, Telles CA. Self-reports of spousal violence in a Mexican American and Non-Hispanic white population. *Violence Vict* 1991; 6(1):3-15

112 Ewbank DC, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 100-128

113 Rawlings JS, Rawlings VB, Read JA. Prevalence of low-birth-weight and preterm delivery in relation to the interval between pregnancies among white and black women. *N Engl J Med* 1995; 332(2):69-74

114 Elledge RM, Clark GM, Chamness GC, Osborne CK. Tumor biologic factors and breast cancer prognosis among white, Hispanic, and black women in the United States. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86(9):705-712

115 Baquet CR, Horm JW, Gibbs T, Greenwald P. Socioeconomic factors and cancer incidence among blacks and whites. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83(8):551-556

116 Manton KG, Patrick CH, Johnson KW, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 129-199

117 Friedman SJ, Sotheran JL, Abdul-Quader A, Primm BJ, Des Jarlais DC, Kleinman P, Mauge C, Goldsmith DS, El-Sadr W, Maslansky R, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 455-499

118 Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report* 1996; 8(2)

119 Harrison DF, Byers JB, Levine P, Quadagno DM, Jones MA. AIDS knowledge and risk behavior among culturally diverse women. *AIDS Educ Prev* 1991; 3(2):79-89

120 Zane NWS, Kim JH, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 316-343

121 Hu-DeHart E. From yellow peril to model minority: The Columbus legacy and Asians in America. In *The New World*. Washington, DC: Smithsonian Institution, 1992

122 Yu ESH. Health of the Chinese elderly. *Research on Aging* 1986; 8:84-109

123 Leong F. Guest editor's introduction. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health* 1994; 2(2):89-91

124 Mo B. Modesty, sexuality, and breast health in Chinese-American women. *West J Med* 1992; 157(3):260-264

125 Yu ESH, in: Liu WT (ed). *Methodological problems in minority research*. Chicago: Pacific/Asian American Mental Health Research Center, 1982, pp. 93-118

126 Hurh WM, Kim KC. Correlates of Korean immigrants's mental health. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(11):703-711

127 Han E. *Korean health survey in southern California: A preliminary report on health status and health care needs of Korean immigrants*. Abstract of a paper presented at the Third Asian American Health Biennial Forum, "Asian and Pacific Islanders: Dispelling the Myth of a Healthy Minority", Bethesda, MD, November 1990

128 Tamir A, Cachola S, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 209-247

129 Rozee PD, Van Boemel G. The psychological effects of war trauma and abuse on older Cambodian refugee women. *Women and Therapy* 1989; 8(4):23-50

130 Liu WT, Yu ESH, Chang C, Fernandez M, in: Stiffman AR, Davis LE (eds). *Ethnic issues in adolescent mental health*. New York: Sage Publications, 1990, pp. 92-112

131 Yu ESH, Liu WT, in: Liu WT (ed). *The Pacific/Asian American Mental Health Research Center: A decade review*. Chicago: University of Illinois, 1987, pp. 19-28

132 Bureau of the Census. *CP-2-1 1990 Census of population, social and economic characteristics, United States*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993, p. 115

133 Bureau of the Census. *Unpublished tables from the March 1996 Current Population Survey*. Washington, DC: 1997

134 Bureau of the Census. *The Asian and Pacific Islander population in the United States: March 1991 and 1990*. Current Population Reports, Series P-20, No. 459. Washington, DC: US Government Printing Office, 1992

135 Crews DE, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 174-207

136 Klatsky AL, Armstrong MA. Cardiovascular risk factors among Asian Americans living in northern California. *Am J Public Health* 1991; 81(11):1423-1428

137 Luluquisen EM, Groessl KM, Puttkammer NH. *The health and well-being of Asian and Pacific Islander American women*. Oakland, CA: Asian and Pacific Islanders for Reproductive Health, 1995

138 Pham CT, McPhee SJ. Knowledge, attitudes, and practices of breast cancer and del cuello del útero cancer screening among Vietnamese women. *J Cancer Educ* 1992; 7(4):305-310

139 Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L. *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund*. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996

140 Yi JK. Factors associated with del cuello del útero cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health* 1994; 19(3):189-200

141 Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, Hildsheim A, Nomura AMY, West DW, Wu-Williams AH, Kolonel LN, Horn-Ross PL, Rosenthal JF, Hyer MB. Migration patterns and breast cancer risk in Asian American women. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(22):1819-1827

142 Kulig JC. A review of the health status of Southeast Asian refugee women. *Health Care Wom Int* 1990; 11:49-63

143 Helsel D, Petitti DB, Kunstadter P. Pregnancy among the Hmong: Birthweight, age and parity. *Am J Public Health* 1992; 82(10):1361-1364

144 Buchwald D, Panwala S, Hooton TM. Use of traditional health practices by Southeast Asian refugees in a primary care clinic. *West J Med* 1992; 156:507-511

145 Ying Y. Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14:393-408

146 Frye BA, DAvanzo CD. Cultural themes in family stress and violence among Cambodian refugee women in the inner city. *Adv Nurs Sci* 1994; 16(3):64-77

147 US Commission on Civil Rights. *Civil rights issues facing Asian Americans in the 1990s*. Washington, DC: US Commission on Civil Rights, 1992

148 Cheung FK. Asian American and Pacific Islanders' mental health issues: A historical perspective. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health* 1994; 2(2):94-107

149 Chi I, Lubben JE, Kitano H. Differences in drinking behavior among three Asian-American groups. *J Stud Alcohol* 1989; 50(1):15-23

150 Takeuchi DT, Mokuau N, Chun C. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):237-245

151 Woods NF, Lentz M, Mitchell E, Oakley LD. Depressed mood and self esteem in young Asian, black and white women in America. *Health Care Wom Int* 1994; 15:243-262

152 Bureau of the Census. *CPH-5 1990 Census of Population and Housing, Summary social, economic, and housing characteristics.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1993

153 Hoberman HM. Ethnic minority status and adolescent mental health services utilization. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):246-267

154 Coiro MJ, Zill N, Bloom B. Health of our nations children. *Vital Health Stat* 1994; 10(191)

155 Blum RW, Harmon B, Harris L, Bergeisen L, Resnick MD. American Indian-Alaska Native youth health. *JAMA* 1992; 267(12):1637-1644

156 Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators. Youth risk behavior surveillance — United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4)

157 Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health* 1991; 81(7):870-874

158 Chavez EL, Swaim RC. Hispanic substance use: Problems in epidemiology. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:211-230

159 Liu LL, Slap GB, Kinsman SB, Khalid N. Pregnancy among American Indian adolescents: Relations and prenatal care. *J Adolesc Health* 1994; 15(4):336-341

160 Ventura SJ, Clarke SC, Matthews TJ. Recent declines in teenage birth rates in the United States: Variations by state, 1990-1994. *Monthly Vital Statistics Report* 1996; 45(5): Supplement

161 Bachman JG, Wallace JM, OMalley PM, Johnston LD, Kurth CL, Neighbors HW. Racial/Ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American high school seniors, 1976-89. *Am J Public Health* 1991; 81(3):372-377

162 Bruerd B. Smokeless tobacco use among Native American school children. *Public Health Rep* 1990; 105(2):196-201

163 Welte JW, Barnes GM. Alcohol use among adolescent minority groups. *J Stud Alcohol* 1987; 48(4):329-336

164 Bureau of the Census. *We the American...elderly.* Series WE-9. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993

165 Bureau of the Census, National Institutes of Health. *Profiles of America's elderly: Racial and ethnic diversity of America's elderly population.* Current Population Reports, Series POP/93-1. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993

166 Wallace SP, Lew-Ting C. Getting by at home — Community-based long-term care of Latino elders. *West J Med* 1992; 157(3):337-344

167 Brangman SA. African American elders: Implications for health care providers. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):15-23

168 Proctor EK. *Posthospital care for African American elderly.* Research Activities, Agency for Health Care Policy and Research 1996; 196:19-20

169 Douglas KC, Fujimoto D. Asian Pacific elders: Implications for health care providers. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):69-81

170 National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations. *Hispanic women's health: A nuestros números fact sheet.* Washington, DC: COSSMHO, 1996

171 Lefkowitz D, Underwood C. *Personal health practices: Findings from the Survey of American Indians and Alaska Natives.* Publication No. 91-0034. National Medical Expenditure Survey, Research Findings 10, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

172 Eng E, Smith J. Natural helping functions of lay health advisors in breast cancer education. *Breast Cancer Res Treat* 1995; 35:23-29

173 Earp JAL, Altpeter M, Mayne L, Viadro CI, O'malley MS. The North Carolina breast cancer screening program: Foundations and design of a model for reaching older, minority, rural women. *Breast Cancer Res Treat* 1995; 35:7-22

174 Callahan LF, Rao J, Boutaugh M. Arthritis and women's health: Prevalence, impact, and prevention. *Am J Prev Med* 1996; 12(5):401-409

175 Grisso JA, Kelsey JL, Storm BL, O'Brien LA, Maislin G, LaPann K, Samuelson L, Hoffman S, Northeast Hip Fracture Study Group. Risk factors for hip fracture in black women. *N Engl J Med* 1994; 330(22):1555-1559

176 Johnson A, Taylor A. *Prevalence of chronic diseases: A summary of data from the Survey of American Indians and Alaska Natives.* National Medical Expenditure Survey Data Summary 3, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

177 National Institutes of Health. *Diabetes in Black America.* NIH publication no. NIH 93-3266. Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1992

178 Mui AC. Self-reported depressive symptoms among black and Hispanic frail elders: A sociocultural perspective. *J Appl Geront* 1993; 12(2):170-187

179 Diego AT, Yamamoto J, Nguyen LH, Hifumi SS. Suicide in the elderly: Profiles of Asians and whites. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health* 1994; 2(1):49-57.

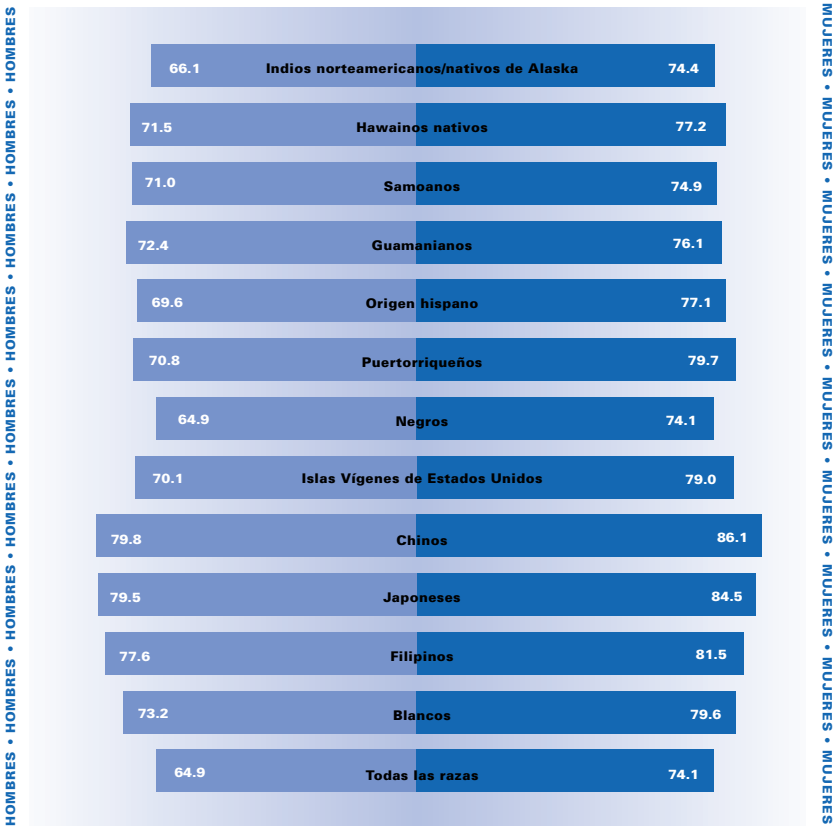
EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

Expectativa de vida

- Tanto entre blancos como en personas de color, la expectativa de vida (o los años de vida restantes esperados) desde el nacimiento, es mayor para las mujeres que para los hombres, con las mayores variaciones (9 años) reportadas entre mujeres y hombres negros y entre mujeres y hombres puertorriqueños (1,2,3).
- La expectativa de vida para hombres blancos excede la de todos los hombres de color, mientras la expectativa de vida de las mujeres blancas excede la de la mayoría de mujeres de color. Sin embargo, las expectativas de vida para muchas mujeres asiáticas que viven en Hawai y para las mujeres puertorriqueñas (viviendo en Puerto Rico) excede la de las mujeres blancas (1,2,3).
- Con base en la tasa actual de mortalidad, la expectativa de vida para todos los hispanos en los Estados Unidos (tanto hombres como mujeres), es de 79 años (4). Para la población residente en Puerto Rico, la expectativa de vida de las mujeres desde el nacimiento es de cerca a 80 años, mientras para hombres es cercana a 71 años (5).
- Las mujeres hispanas tienen una expectativa de vida más larga (más de 77 años), que las mujeres negras norteamericanas o las indias norteamericanas/nativas de Alaska (ambas más de 74 años) (1,2,3).
- La población predominantemente negra de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos reporta expectativas de vida en el nacimiento (tanto para hombres como para mujeres), que exceden estas expectativas para otros negros norteamericanos. La expectativa de vida para mujeres en las Islas Vírgenes es de 79 años, comparado con algo más de 74 años para mujeres negras norteamericanas que viven en otras partes de los EE.UU. La diferencia en expectativa de vida es aún mayor entre los hombres en las Islas Vírgenes (más de 70 años) y los hombres negros norteamericanos en cualquiera otra parte de los Estados Unidos (cerca de 65 años) (1,5).

GRÁFICA 1
Expectativa total de vida en años, según raza y sexo, 1989, 1991-1993, 1994



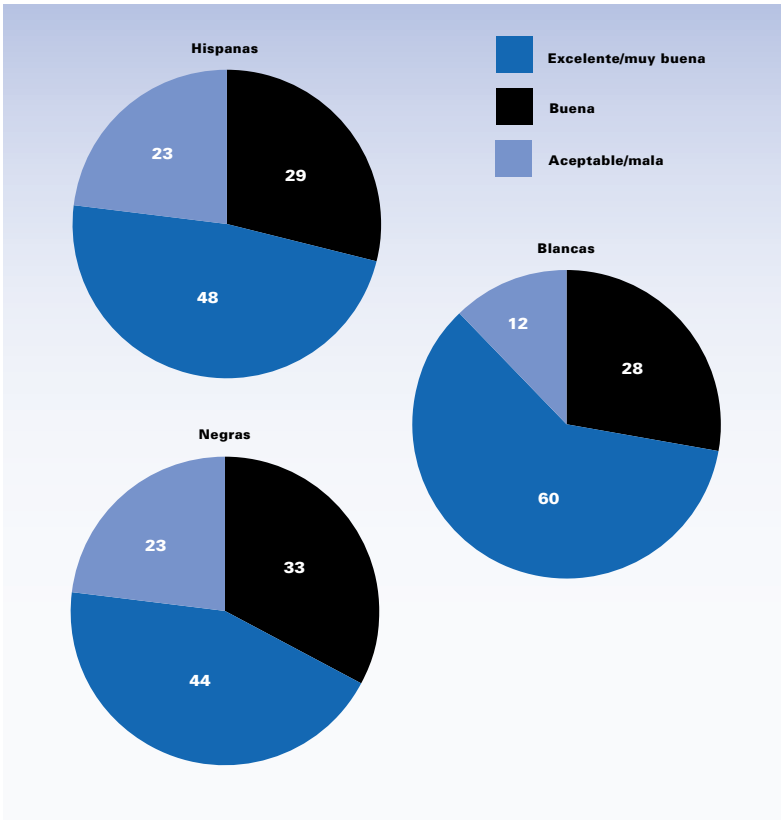
FUENTES: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. National Institutes of Health, *Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health*, Bethesda, MD: Office of Research on Women's Health, 1991. Indian Health Service, *Regional differences in Indian health 1996*, Rockville, MD: US Public Health Service, 1997. Braun KL, Yang H, Onaka AT, Horiuchi BY, Life and death in Hawaii: Ethnic variations in life expectancy and mortality, 1980 and 1990, *Hawaii Med J* 1996; 55(12):278-283, 302. Honorable D Christian-Green, Member of Congress, personal communication, February 1997.

- La expectativa de vida desde el nacimiento para las mujeres hawaianas nativas viviendo en Hawai era ligeramente más de 77 años en 1990. La expectativa de vida para mujeres samoanas viviendo en el territorio estadounidense de Samoa norteamericana es cercana a 75 años; para las mujeres guamanianas, la expectativa de vida es ligeramente más de 76 años (5,6).
- Las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska en la mayoría de las áreas de servicio del Servicio de Salud Indio (IHS) tienen una expectativa de vida de 74 años. Esta expectativa de vida promedio para las indias norteamericanas/nativas de Alaska refleja áreas de servicio como Albuquerque y Nashville, en donde la expectativa de vida es de 78 años, junto con el área de servicio de Aberdeen donde la expectativa de vida es de 69 años (3).
- La expectativa de vida al momento de hacer, para todas las poblaciones asiáticas de los Estados Unidos (tanto hombres como mujeres), se estima en cerca de 83 años (4). Las expectativas de vida con base en las subpoblaciones femeninas en Hawai en 1990 son las siguientes: blancas, cerca de 79 años; chinas, más de 86 años; filipinas, cerca de 82 años y japonesas, cerca de 85 años (6).

Autocalificaciones de salud

- En 1993, mientras el 60 por ciento de las mujeres blancas creía estar en excelente estado de salud, menos de la mitad de las mujeres hispanas (48 por ciento) y de negras (44 por ciento), reportaron la misma calificación de salud. Entre el 28 por ciento y el 33 por ciento de las mujeres negras, hispanas y blancas sentían que tenían una buena salud (7).
- En 1993, un poco menos de la cuarta parte de las mujeres negras e hispanas (ambas 23 por ciento), reportaron ellas mismas tener mala salud, comparado con 12 por ciento de las mujeres blancas (7).
- Noventa y dos por ciento de mujeres blancas que trabajan reportaron que estaban en buena o excelente salud en 1993, comparado con 84 por ciento de mujeres negras e hispanas (7). Una tercera parte de las mujeres negras e hispanas que no trabajan reportó tener una salud aceptable o mala, versus 18 por ciento de las mujeres blancas que no trabajan. Sin importar el nivel de empleo, las mujeres blancas se sintieron mejor acerca de su salud que las mujeres negras e hispanas (7).

GRÁFICA 2
Autocalificaciones de salud entre mujeres por raza, 1993
Porcentaje



FUENTE: Hartmann HI, Kuriansky JA, Owens CL, in: Falik MM, Collins KS (eds), *Women's Health: The Commonwealth Fund Survey*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1996, pp. 296-323.

Principales causas de muerte

- Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte para todas las mujeres, excepto para las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, para quieres son la segunda causa más importante de muerte (1). En 1993, las enfermedades del corazón representaron hasta el 34 por ciento de todas las muertes para las mujeres blancas y apenas el 22 por ciento de todas las muertes de mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska (1).
- Entre 1991 y 1993, las tasas de muerte ajustadas por edad, para las enfermedades del corazón, van de 164 por 100.000 mujeres negras a 56 por 100.000 mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico. Las tasas de muerte para mujeres hispanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska, 70 por 100.000 y 74 por 100.000, respectivamente, son menos que las tasas reportadas por mujeres negras (mencionadas arriba) y mujeres blancas (99 por 100.000) (1).
- Los cánceres (neoplasmas malignos) son la segunda causa más común de muerte para todas las mujeres, excepto para las asiáticas e isleñas del Pacífico, para quienes es la principal causa de muerte. Veintiocho por ciento de todas las muertes de mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico en 1993 fueron debido a cánceres (1).
- Las mujeres negras y blancas reportaron las tasas más altas de muerte por todas las formas de cáncer en el periodo 1991-1992. La tasa de muerte para mujeres negras, 136 por 100.000, excedió la tasa para mujeres blancas (111 por 100.000), así como las tasas para indias norteamericanas/nativas de Alaska (71 por 100.000), hispanas (67 por 100.000) y asiáticas e isleñas del Pacífico (66 por 100.000) (1).
- El tercer asesino de la mayoría de las mujeres son las enfermedades cardiovasculares (principalmente apoplejías). Las indias norteamericanas/nativas de Alaska constituyen la única excepción, dado que las lesiones no intencionales son su tercer asesino. Las enfermedades cerebrovasculares figuran como la quinta causa de muerte para las indias norteamericanas/nativas de Alaska (1).
- Las tasas de muerte por enfermedades cerebrovasculares también fueron más elevadas entre las mujeres negras (40 por 100.000). La segunda tasa más alta de muerte por enfermedades cerebrovasculares durante el periodo 1991-1993, fue reportada para las mujeres blancas (23 por 100.000) y para mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico (22 por 100.000). Las tasas de mortalidad

TABLA 1
Principales Causas De Muerte Para Las Mujeres, 1993
Número De Muertes De Acuerdo Al Sexo, Descripción De La Raza Y Origen Hispano

Indias norteamericanas/nativas de Alaska	
Todas las causas	4.145
Enfermedades del corazón	932
Neoplasmas malignos (cáncer)	720
Lesiones no intencionales	377
Diabetes mellitus	275
Enfermedades cerebrovasculares	256
Enfermedad hepática crónica y la cirrosis	181
Neumonía e influenza	152
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	142
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	64
Suicidio	58
Hispanas*	
Todas las causas	34.758
Enfermedades del corazón	9.567
Neoplasmas malignos	7.253
Enfermedades cerebrovasculares	2.222
Diabetes mellitus	1.872
Lesiones no intencionales	1.680
Neumonía e influenza	1.253
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	906
Ciertas condiciones originadas en el período prenatal	795
Infección del virus de inmunodeficiencia humana	784
anomalías congénitas	712
Negras	
Todas las causas	128.649
Enfermedades del corazón	40.654
Neoplasmas malignos	26.802
Enfermedades cerebrovasculares	9.958
Diabetes mellitus	5.732
Lesiones no intencionales	3.807
Neumonía e influenza	3.673
Infección del virus de inmunodeficiencia humana	2.995
Ciertas condiciones originadas en el período prenatal	2.582
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.522
Homicidio e intervención legal	2.297
Asiáticas/isleñas del Pacífico	
Todas las causas	10.854
Neoplasmas malignos	3.011
Enfermedades del corazón	2.832
Enfermedades cerebrovasculares	1.074
Lesiones no intencionales	519
Neumonía e influenza	430
Diabetes mellitus	307
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	239
Suicidio	172
Anomalías congénitas	139
Homicidio e intervención legal	133
Blancas	
Todas las causas	963.108
Enfermedades del corazón	331.563
Neoplasmas malignos	219.996
Enfermedades cerebrovasculares	79.772
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	43.803
Neumonía e influenza	40.569
Lesiones no intencionales	25.703
Diabetes mellitus	24.150
Aterosclerosis	10.052
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	9.685
Septicemia	9.609

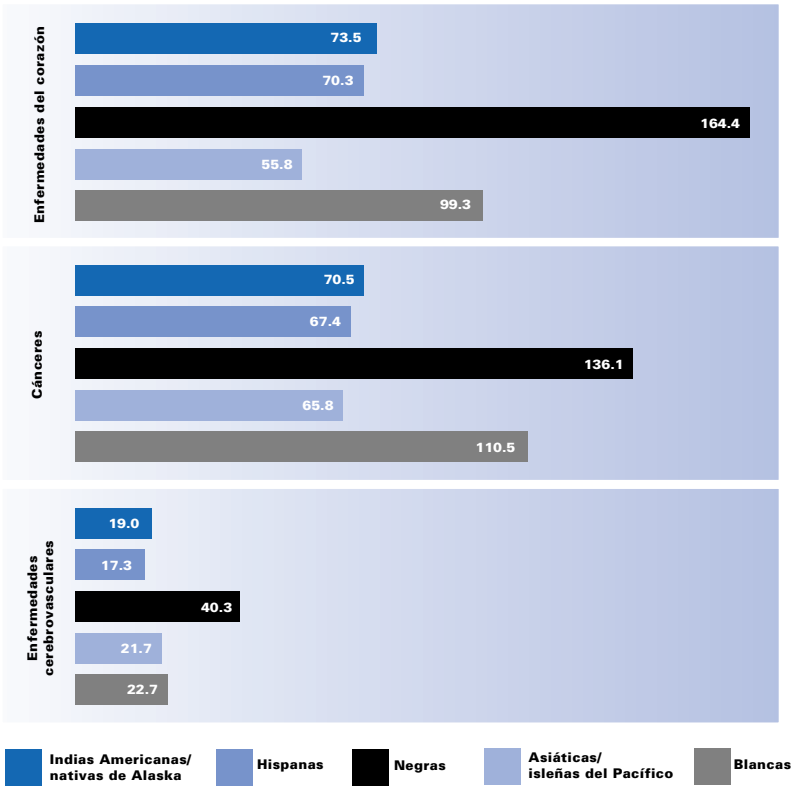
* Excluye información de los estados que no tenían el rubro "origen Hispano" en sus certificados de defunción.

FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States*, 1995, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996

para indias norteamericanas/nativas de Alaska (19 por 100.000) e hispanas (17 por 100.000) fueron las más bajas durante ese periodo (1).

- Las lesiones no intencionales matan muchas mujeres, aunque su calificación entre las 10 causas principales de muerte varía por grupo racial/étnico. Como se mencionaba anteriormente, son el tercer asesino de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska. Son el cuarto asesino de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, el quinto asesino de negras e hispanas y el sexto asesino de mujeres blancas (1).
- Aunque su clasificación varía, la diabetes mellitus está entre las 10 principales causas de muerte para todas las mujeres. Es la cuarta causa de muerte para negras, indias norteamericanas/nativas de Alaska e hispanas y la sexta causa de muerte para mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico. La diabetes mellitus es el séptimo asesino de mujeres blancas (1).
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), la cuarta causa de muerte para mujeres blancas, es un asesino importante de otras mujeres, pero en menor grado. Es el séptimo asesino de mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, el octavo asesino de mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska y el noveno asesino de mujeres negras (1).
- Varias enfermedades son notables por ocasionar un gran número de muertes sólo entre mujeres de color. La infección HIV está entre las 10 principales causas de muerte sólo para negras (séptimo lugar) e hispanas (noveno lugar). El suicidio es una importante causa de muerte de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico (octavo lugar) e indias norteamericanas/nativas de Alaska (décimo lugar). El homicidio y la intervención legal son la décima causa de muerte para mujeres negras, asiáticas e isleñas del Pacífico. La enfermedad hepática crónica y la cirrosis son un gran asesino (sexto lugar), sólo para mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska (1).

GRÁFICA 3
Tasas de mortalidad ajustadas por edad, de las principales causas de muerte entre mujeres, según raza/etnia, 1991-1993
entre una población de 100.000

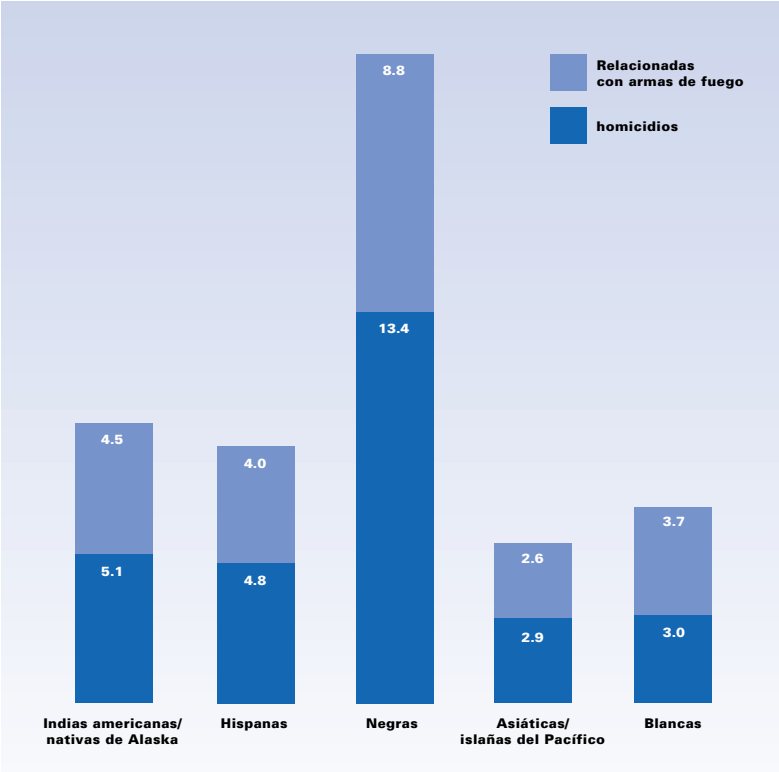


FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Otras causas de muerte

- En 1993, entre las mujeres, las negras tuvieron las más altas tasas de mortalidad por homicidios y eventos relacionados con armas de fuego (más de 13 por 100.000 y cerca de 9 por 100.000, respectivamente). La tasa para las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska que murieron por estas dos causas (5 por 100.000) es aproximadamente la mitad que la de las negras. La tasa de homicidio fue cerca de 5 por 100.000 para mujeres hispanas y 3 por 100.000 tanto para asiáticas norteamericanas como para blancas. Las tasas de mortalidad relacionadas con armas de fuego estuvieron entre cerca de 3 por 100.000 y cerca de 5 por 100.000 para indias norteamericanas/nativas de Alaska, asiáticas e isleñas del Pacífico y mujeres blancas (1).
- Las tasas de muerte por vehículos de motor para la mayoría de las mujeres de color estuvieron entre el 8 por 100.000 y el 10 por 100.000, excepto para indias norteamericanas/nativas de Alaska. Más del doble de indias norteamericanas/nativas de Alaska (22 por 100.000) murieron en accidentes relacionados con vehículos de motor en 1993, que las negras, hispanas, asiáticas e isleñas del Pacífico y las blancas (1).
- Las lesiones no intencionales cobraron las vidas de más mujeres blancas, negras e indias norteamericanas/nativas de Alaska, que las muertes relacionadas con armas de fuego, vehículos de motor y homicidios en 1993. La tasa de mortalidad por lesiones no intencionales entre indias norteamericanas/nativas de Alaska fue cerca del 42 por 100.000, comparada con 20 por 100.000 entre las mujeres negras y 17 por 100.000 entre las mujeres blancas (1).

GRÁFICA 4
Tasas de mortalidad por homicidio y eventos relacionados con armas de fuego entre mujeres, según raza/etnia, 1993
entre una población de 100.000



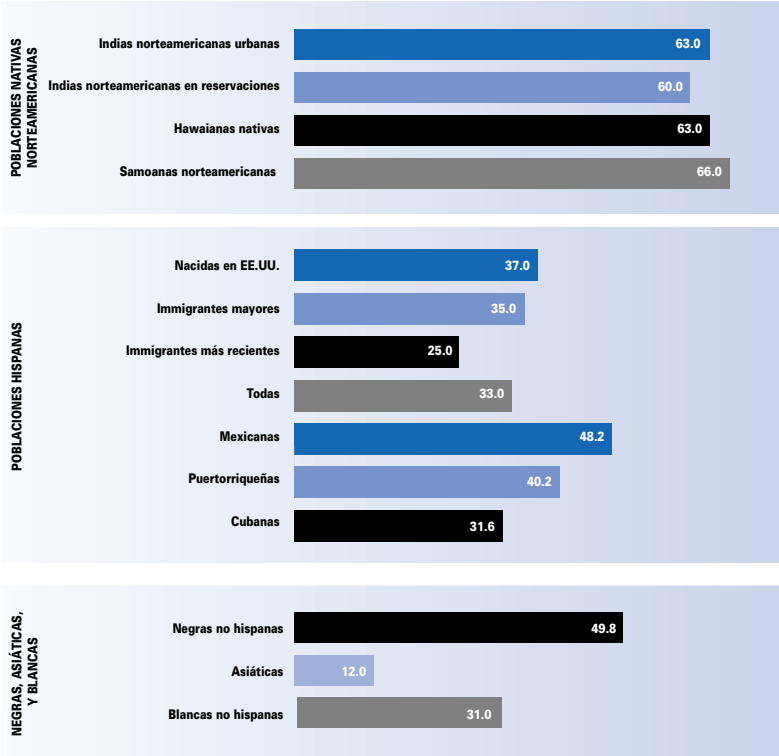
FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Conducta y estilos de vida

Peso corporal: Mujeres de color

- La obesidad, una condición asociada con diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular, es un problema para muchas mujeres de color y está relacionada en parte con sus estilos sedentarios de vida y con las "dietas de pobreza" (altas en grasas y bajas en frutas y vegetales) que muchas consumen.
- Las poblaciones nativas norteamericanas son las que tienen más probabilidad de estar pasadas de peso u obesas, lo cual se define como exceso de peso corporal por altura. En 1987, sesenta por ciento de todas las mujeres indias norteamericanas en reservaciones y 63 por ciento de las mujeres indias norteamericanas urbanas eran obesas. Entre el 61 por ciento y el 75 por ciento de todas las mujeres indias yaqui en todos los grupos de edad eran obesas. Tasas similarmente altas se encontraron entre las mujeres hawaianas y las samoanas norteamericanas, 63 por ciento y 66 por ciento, respectivamente. Una proporción significativamente más pequeña de mujeres indias navajo eran obesas (entre el 15 por ciento y el 32 por ciento, dependiendo de la edad) (8,9,10,11).
- Con base en los datos de 1982-1984, 1988-1991, y 1991, para mujeres entre 20 y 74 años de edad, el porcentaje de mujeres con sobrepeso estaba entre 12 por ciento para mujeres asiáticas, 31 por ciento y 50 por ciento para mujeres blancas no hispanas y negras, respectivamente. Las participaciones de mujeres con sobrepeso en las subpoblaciones hispanas estaban distribuidas entre estas cifras. Cuarenta y ocho por ciento de las mujeres mexicanas norteamericanas tenían sobrepeso, comparadas con 40 por ciento de puertorriqueñas y 32 por ciento de cubanas (12,13).
- Los inmigrantes hispanos que han residido en los Estados Unidos por menos de 15 años tienen menos probabilidades de ser obesos (25 por ciento), que los inmigrantes más aculturados que han vivido aquí por más de 15 años (35 por ciento) (12).
- En 1991, cerca del 40 por ciento de mujeres hispanas, negras y blancas reportaron haber tratado de perder peso, comparado con el 28 por ciento de mujeres asiáticas norteamericanas (12).
- Las mujeres asiáticas norteamericanas, en general, tienen las más bajas tasas de obesidad. Sin embargo, entre las subpoblaciones hay un rango; 26 por ciento de filipinas norteamericanas, 18 por ciento de japonesas norteamericanas y 13 por ciento de chinas norteamericanas son obesas (11).
- Más mujeres asiáticas norteamericanas, que de cualquier otro grupo, reportaron que estaban por debajo de su peso. En 1991, el 30 por ciento de mujeres asiáticas norteamericanas reportó que estaba por debajo de su peso. Las mujeres blancas ocupaban un distante segundo lugar con el 15 por ciento definiéndose a sí mismas como por debajo de su peso, seguidas por el 9 por ciento de mujeres hispanas y el 7 por ciento de las mujeres negras (12).

GRÁFICA 5
Porcentaje de mujeres con sobrepeso, según raza/etnia
1982-1984, 1987, 1988-1990, 1991



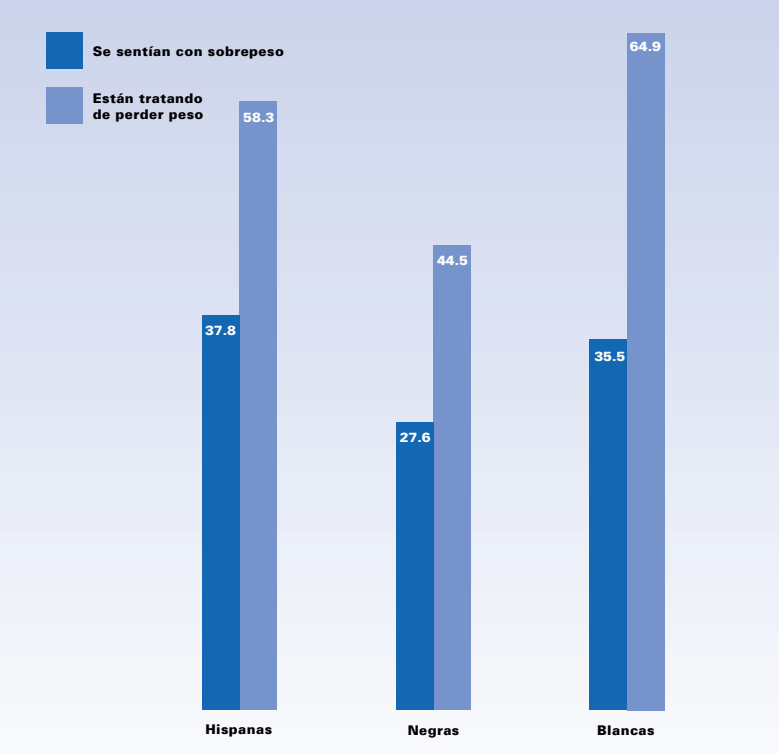
FUENTES: Lefkowitz D, Underwood C, *Personal health practices: Findings from the Survey of American Indians and Alaska Natives,* Publication No. 91-0034, National Medical Expenditure Survey, Research Findings 10, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD: US Public Health Service, 1991. National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations, *Hispanic women's health: A nuestros numeros fact sheet,* Washington, DC: COSSMHO, 1996. National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. Crews DE, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds), *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans,* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 174-207. Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund,* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996. Klatsky AL, Armstrong MA, Cardiovascular risk factors among Asian Americans living in northern California, *Am J Public Health* 1991; 81(11):1423-1428.

- A medida que los ingresos suben entre las mujeres negras y blancas, el porcentaje de mujeres obesas declina, el porcentaje de mujeres con peso normal aumenta y el porcentaje de mujeres por debajo de su peso permanece casi constante. En 1991, 50 por ciento de mujeres negras y 31 por ciento de mujeres blancas viviendo en la pobreza eran obesas, comparado con 37 por ciento de mujeres negras y 21 por ciento de mujeres blancas, con ingresos el triple del nivel de pobreza. El porcentaje de mujeres hispanas obesas descendió también, de 43 por ciento a 23 por ciento, a medida que el ingreso personal de las hispanas aumentó. Sin embargo, tanto el porcentaje de mujeres hispanas con peso normal, como por debajo del peso, aumentó en 11 puntos del porcentaje y en 9 puntos del porcentaje, respectivamente, a medida que el ingreso superó el nivel de pobreza. (12).

Peso corporal: Adolescentes de color

- Aunque no hay tasas actuales para la obesidad y el peso por debajo del normal entre estudiantes de escuela secundaria, una encuesta nacional en jóvenes reportó que en 1995, más de una tercera parte de jóvenes hispanas y blancas (38 por ciento y 36 por ciento, respectivamente) sentían que estaban pasadas de peso, comparado con 28 por ciento de mujeres negras jóvenes. La mayoría de las mujeres blancas e hispanas estudiantes de la escuela secundaria reportaron haber intentado perder peso en 1995: 65 por ciento de blancas, 58 por ciento de hispanas, pero sólo 45 por ciento de negras reportaron esto (14).

GRÁFICA 6
Imagen corporal y para perder peso entre las adolescentes, según raza/etnia, 1994
Porcentaje



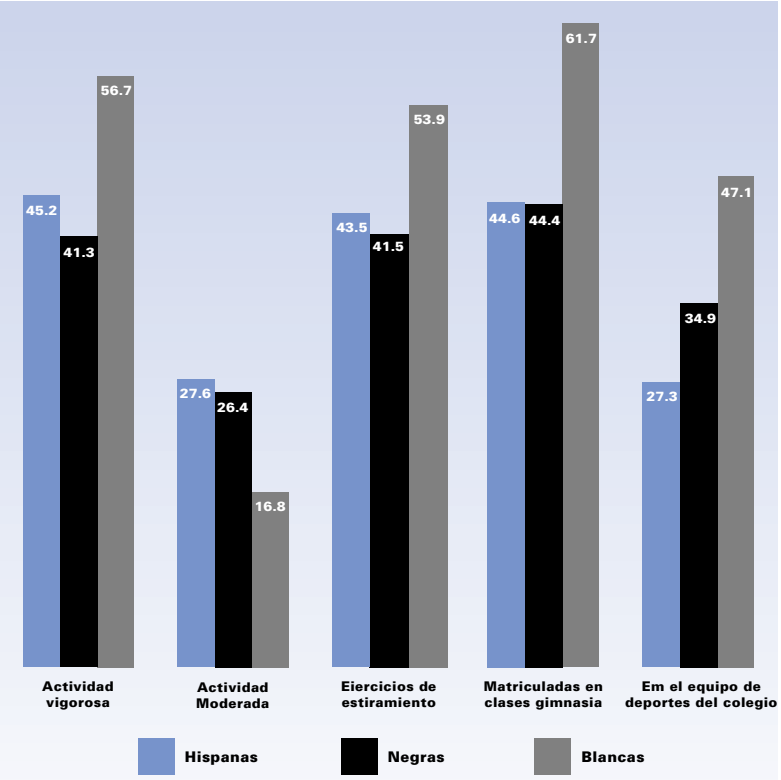
FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

- La gran mayoría de las que trataron de perder peso intentaron hacerlo por medio de ejercicio (70 por ciento de adolescentes blancas, 61 por ciento de hispanas y 49 por ciento de negras). El segundo método más popular empleado para perder peso por estas jóvenes fue la dieta. Cerca de la mitad de hispanas y blancas (48 por ciento y 53 por ciento, respectivamente) pero sólo una tercera parte de negras (32 por ciento) restringieron su ingesta calórica para perder peso (14).
- Aunque el uso de laxantes, píldoras para dieta y vómito no fue común para las mujeres negras (4 por ciento), 11 por ciento de mujeres hispanas estaban vomitando (purgándose) y tomando activamente laxantes, y 9 por ciento estaban ingiriendo píldoras de dieta para inducir la pérdida de peso. Una décima parte de mujeres blancas tomó pastillas de dieta y 8 por ciento intentó perder peso purgándose (14).

Ejercicio

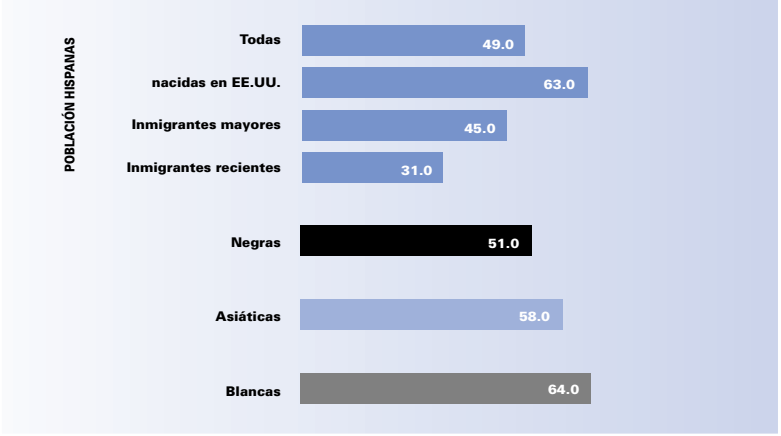
- De acuerdo con una encuesta juvenil nacional conducida en 1995, el 74 por ciento de las mujeres blancas, el 73 por ciento de hispanas y el 68 por ciento de negras en edad escolar participaban en actividad física moderada o vigorosa varias veces a la semana. La actividad moderada se define como caminar/montar en bicicleta no menos de cinco días a la semana, durante media hora al día. Las actividades vigorosas son aquellas que involucran respiración agitada y transpiración al menos tres veces a la semana durante 20 minutos (14).
- Las mujeres blancas jóvenes no sólo tienen más probabilidades de hacer ejercicio, sino que el 57 por ciento participa en actividades vigorosas, comparado con el 45 por ciento de mujeres hispanas y el 41 por ciento de mujeres negras. Entre tanto, más de una cuarta parte de negras e hispanas participaba regularmente en actividades físicas moderadas, comparado con el 17 por ciento de blancas (14).
- Las mujeres adultas hacen mucho menos ejercicio que sus contrapartes más jóvenes. En 1991, el 69 por ciento de inmigrantes hispanas mayores de los 18 años de edad no hacían nada de ejercicio durante la semana; tampoco el 49 por ciento de negras, el 42 por ciento de asiáticas norteamericanas, el 37 por ciento de hispanas nacidas en los Estados Unidos, ni el 36 por ciento de blancas (12).
- No obstante, entre 30 y 40 por ciento de las mujeres adultas negras, asiáticas norteamericanas, blancas e hispanas nacidas en los Estados Unidos hacía ejercicio al menos tres veces a la semana. Sólo el 16 por ciento de las mujeres hispanas nacidas en el extranjero que habían residido en los Estados Unidos por menos de 15 años hacía ejercicio más de dos veces a la semana (12).

GRÁFICA 7a
Porcentaje de mujeres adolescentes que participan en diferentes actividades físicas, según raza/etnia, 1995



FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

GRÁFICA 7b
Porcentaje de mujeres que hacen ejercicio por lo menos una vez por semana, según raza/etnia, 1991

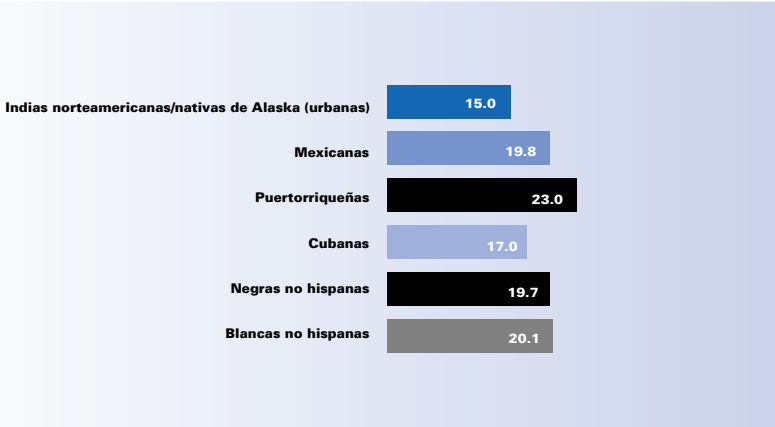


FUENTE: Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund,* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996.

Niveles de colesterol

- Algunas veces asociado con obesidad, el alto colesterol sérico (un factor importante en la enfermedad cardiovascular) se encontró en proporciones aproximadamente iguales entre las subpoblaciones de mujeres de color entre los 20 y los 74 años de edad en 1988-1991. Una quinta parte de las blancas no hispanas, negras no hispanas y mexicanas norteamericanas reportó haber tenido colesterol sérico alto, mientras el 15 por ciento de las indias norteamericanas/nativas de Alaska urbana, reportó la condición (1,9).
- Durante los años de 1980, el 17 por ciento de las mujeres cubanas reportaron tener colesterol elevado, mientras el 20 por ciento de mexicanas norteamericanas y 23 por ciento de mujeres puertorriqueñas reportó lo mismo. Más mexicanas norteamericanas aculturadas tenían una mayor incidencia de colesterol sérico alto, mientras que las mexicanas norteamericanas menos educadas y aquellas viviendo por debajo del nivel de pobreza tenían niveles más bajos (15).

GRÁFICA 8
Porcentaje de mujeres con alto colesterol sérico, según raza/etnia, 1982-1984, 1988-1991

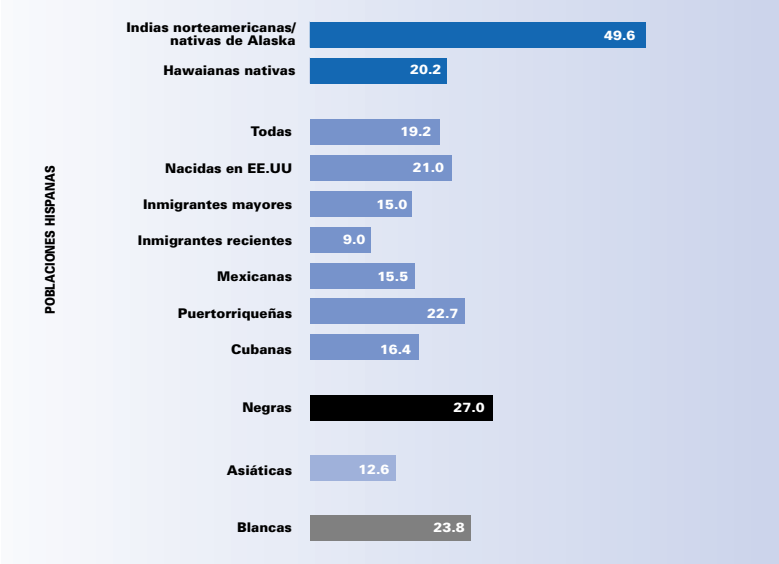


FUENTES: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. Delgado JL, Treviño FM, The state of Hispanic health in the United States, In *The state of Hispanic America Vol. II,* Oakland, CA: National Hispanic Center for Advanced Studies and Policy Analysis, 1985. Scott S, *Urban national plans to meet the year 2000 objectives,* St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1991.

Uso de tabaco entre las mujeres de color

- El consumo actual de cigarrillos entre mujeres negras y blancas ha declinado desde finales de 1980. Sin embargo, las grupes recientes de mujeres hispanas y asiáticas norteamericanas han hecho poco progreso en la reducción del consumo o de hecho lo han aumentado. La publicidad dirigida a grupos minoritarios, por la industria del tabaco, puede estar asociada con estas tendencias (16,17).
- Aunque los datos tienden a diferir ligeramente de una encuesta a otra, los porcentajes de mujeres de 18 años y más que reportaron "fumar cigarrillos actualmente" en 1993, iban desde un bajo 13 por ciento (mujeres asiáticas norteamericanas) hasta un 50 por ciento (indias norteamericanas/nativas de Alaska). Las mujeres adultas negras, blancas, nativas hawaianas e hispanas, estaban en el medio de este rango (27 por ciento, 24 por ciento, 20 por ciento y 19 por ciento, respectivamente) al reportar consumo actual de cigarrillos (18).
- Entre las mujeres hispanas en 1991, las mujeres nacidas en el extranjero tuvieron las tasas más bajas de consumo de cigarrillo. Sólo el 15 por ciento de las inmigrantes que vinieron a los Estados Unidos hace más de 15 años y el 9 por ciento de las inmigrantes más recientes eran fumadoras actuales, comparado con el 21 por ciento de las mujeres hispanas nacidas en los Estados Unidos. Entre 1987 y 1991, el 16 por ciento de mexicanas norteamericanas y cubanas y el 23 por ciento de las mujeres puertorriqueñas reportaron que fumaban (12,19).
- Aunque el 50 por ciento de las mujeres indias norteamericanas fuma cigarrillos, 54 por ciento de las que viven en reservaciones no ha fumado nunca. Adicionalmente, la prevalencia de consumo de cigarrillo varía según la reservación, desde porcentajes relativamente bajos en Arizona y Nuevo México, hasta 50 por ciento entre indios norteamericanos en los estados de las planicies y más del 60 por ciento entre nativos de Alaska (8,18).

GRÁFICA 9
Porcentaje de mujeres que fuman actualmente, según raza/etnia, 1987 a 1993



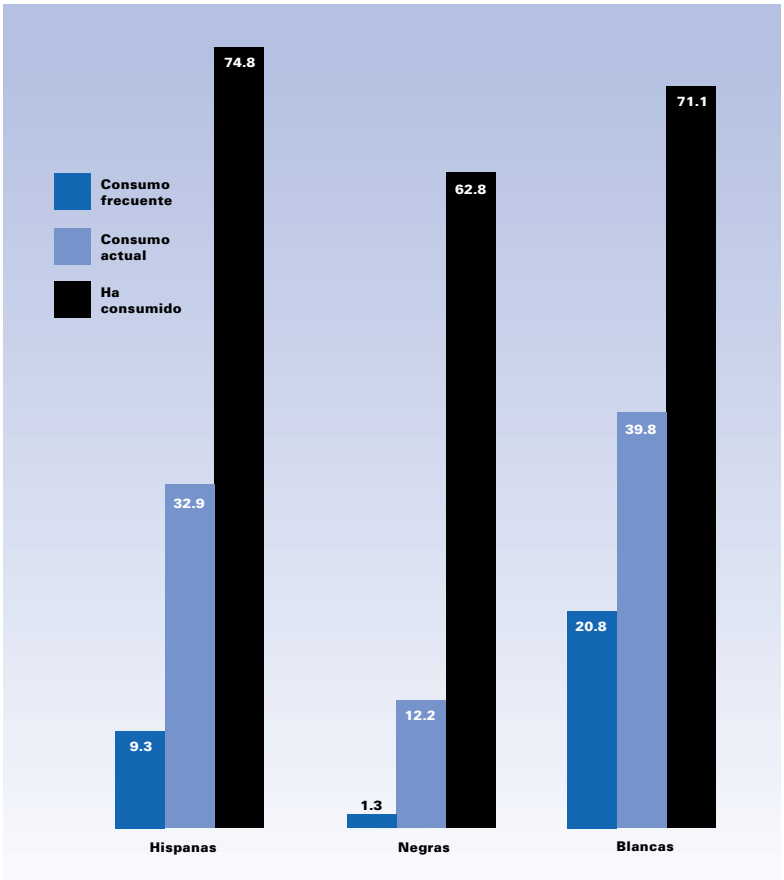
FUENTES: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, Substance abuse and the American woman, New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse, 1996. Haynes SG, Harvey C, Montes H, Nickens H, Cohen BH, Patterns of cigarette smoking among Hispanics in the United States: Results from the HHANES 1982-1984, *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.):47-53. Klatsky AL, Armstrong MA, Cardiovascular risk factors among Asian Americans living in northern California, *Am J Public Health* 1991; 81(11):1423-1428. Tamir A, Cachola S, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds), *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 209-247. Giovino GA, Schooley MW, Zhu B, Chrismon JH, Tomar SL, Peddicord JP, Merritt RK, Husten CG, Eriksen MP. Surveillance for selected tobacco-use behaviors–United States, 1900-1994. *MMWR CDC Surveill Summ.* November 18, 1994;43 (No. SS-3).

- Con base en los datos de 1978-1985 y 1991, la prevalencia de consumo de cigarrillos entre subpoblaciones femeninas asiáticas norteamericanas (18 años de edad y más) iba desde menos del 1 por ciento entre las mujeres vietnamitas norteamericanas hasta el 19 por ciento entre japonesas norteamericanas. Se estima que el 7 por ciento de chinas norteamericanas, el 11 por ciento de filipinas norteamericanas y el 13 por ciento de otras asiáticas norteamericanas fuman (20).
- Las mujeres asiáticas norteamericanas son la población con la más alta probabilidad de no haber probado nunca el cigarrillo. En 1993, 73 por ciento de las mujeres asiáticas norteamericanas nunca habían tratado de fumar, comparado con el 50 por ciento de hispanas, 38 por ciento de negras, 25 por ciento de blancas y 13 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska (18).
- Diariamente, las mujeres blancas tienden a fumar más que las negras o las hispanas. Más del 50 por ciento de mujeres negras e hispanas fuman menos de 10 cigarrillos por día, comparado con 24 por ciento de mujeres blancas. Más de una quinta parte de mujeres blancas fuman al menos un paquete (20 cigarrillos) al día. En comparación, menos del 10 por ciento de las mujeres negras e hispanas fuman más de 20 cigarrillos en el curso de un día (12).
- Las tasas de consumo de cigarrillo entre mujeres difieren también por grupo de edad. Mientras un gran porcentaje de mujeres blancas entre los 18 y los 29 años fuman, (29 por ciento), el porcentaje más alto de mujeres hispanas y negras que fuman (17 por ciento y 31 por ciento, respectivamente) están entre los 30 y los 64 años de edad (12).
- Las mujeres negras y blancas pobres tienden a fumar más que sus contrapartes más adineradas. Sin embargo, la misma tendencia no es evidente entre mujeres hispanas, quienes parecen fumar a una tasa

ligeramente más alta a medida que sus ingresos aumentan (12).

- Seis por ciento de mujeres negras, 5 por ciento de blancas y 2 por ciento de hispanas han usado tabaco sin humo al menos una vez en la vida. En 1995, aproximadamente 1 por ciento de mujeres negras y blancas y 0.1 por ciento de mujeres hispanas usaban en ese momento productos de tabaco sin humo (21).
- Muy pocas mujeres han fumado alguna vez tabacos o pipas. El 0. 2 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska y 0.1 por ciento de todas las demás mujeres han participado en estas actividades. (19).
- El porcentaje de mujeres entre los 45 y los 64 años de edad y de 65 años o más que usaron tabaco para mascar o rapé disminuyó considerablemente entre 1970 y 1991. En 1970, el 25 por ciento de mujeres negras y el 12 por ciento de mujeres blancas (65 años de edad y mayores) mascaban tabaco, comparado con el 6 por ciento de mujeres negras y blancas ancianas, en 1991 (19).

GRÁFICA 10
Porcentaje de mujeres adolescentes que consumen cigarrillos, según raza/etnia, 1995



FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

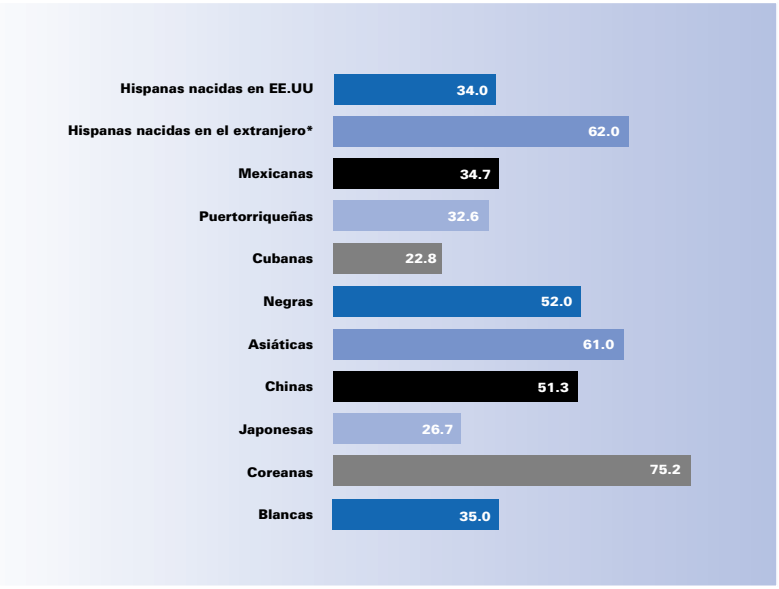
Consumo de tabaco entre las adolescentes de color

- En el pasado, el consumo de cigarrillo se consideraba una actividad masculina, pero esa imagen está cambiando lentamente. En 1995, 71 por ciento de mujeres y hombres jóvenes reportaron haber fumado cigarrillos durante el curso de sus vidas. Setenta y cinco por ciento y 78 por ciento de hispanos estudiantes de secundaria, de hombres y mujeres, reportaron haber fumado al menos una vez. La prevalencia de consumo de cigarrillo durante la vida fue más baja entre las mujeres negras jóvenes (63 por ciento), con una tasa ligeramente más alta para jóvenes negros (71 por ciento). Otras encuestas nacionales de abuso de sustancias tóxicas reportan menos diferencia entre el hábito de fumar de hombres y mujeres adolescentes (14,18).
- Aunque la adquisición y consumo de cigarrillos es ilegal para todos los estudiantes de secundaria antes de cumplir los 18 años, el 40 por ciento de blancas, 33 por ciento de hispanas y 12 por ciento de negras estudiantes de secundaria son fumadoras actuales. Más aún, alrededor de una quinta parte de blancas (21 por ciento) e indias norteamericanas/nativas de Alaska (18 por ciento), fuman frecuentemente (al menos 20 cigarrillos por mes) y/o diariamente. Por otra parte, muy pocas mujeres negras (1 por ciento) fuman tantos cigarrillos como sus contrapartes blancas. Las mujeres hispanas están en el medio; 9 por ciento fuman frecuentemente (14,22).
- Antes de los 13 años, el 24 por ciento de niñas blancas, 20 por ciento de hispanas y 15 por ciento de negras han fumado ya un cigarrillo entero (14).
- Una participación considerable de niñas blancas e hispanas reportó haber fumado cigarrillos dentro de los predios de la escuela (18 por ciento y 14 por ciento, respectivamente), en 1995. Las jóvenes negras no sólo tuvieron menos probabilidades de fumar, sino que tuvieron menos probabilidades de fumar en la escuela (5 por ciento) (14).
- Más del doble de adolescentes indias norteamericanas/nativas de Alaska (8 por ciento), que de blancas e hispanas (ambas 3 por ciento) y negras (1 por ciento) han usado productos de tabaco sin humo (14,22).

Consumo de alcohol entre la mujeres de color

- El consumo de alcohol se convierte en un factor de salud para las mujeres si es suficientemente frecuente y fuerte para alterar el juicio o colocar a las mujeres en riesgo de accidentes y abuso por parte de otros.
- Ochenta y cuatro por ciento de mujeres blancas, 69 por ciento de mujeres negras y 61 por ciento de mujeres hispanas han consumido alcohol en algún momento de sus vidas. Las mujeres asiáticas norteamericanas (61 por ciento) tienen más probabilidad de abstenerse del alcohol que las mujeres negras (52 por ciento), hispanas (49 por ciento), y blancas (35 por ciento) (12,23).
- Las tasas de consumo de alcohol difieren entre las subpoblaciones hispanas. El porcentaje de mujeres que reportan que son consumidoras actuales de alcohol va desde 35 por ciento entre mexicanas norteamericanas y 33 por ciento entre puertorriqueñas, a 23 por ciento entre cubanas. Por otra parte, 62 por ciento de las mujeres hispanas nacidas en el extranjero se abstienen de consumir alcohol (12).
- Entre las asiáticas norteamericanas y las nativas norteamericanas, existe una considerable variación en la probabilidad de consumir alcohol y de reportar síntomas de alcoholismo. Las hawaianas nativas tienen más probabilidades de consumir alcohol que las mujeres de ancestro filipino, chino o japonés residentes en Hawai (24).
- Un estudio comparando tres subpoblaciones asiáticas norteamericanas encontró que proporciones más grandes de mujeres japonesas norteamericanas eran grandes o moderadas bebedoras (12 por ciento y 13 por ciento, respectivamente), que de mujeres coreanas norteamericanas (0.8 por ciento y 2 por ciento, respectivamente). En adición, ninguna mujer china norteamericana reportó fuerte consumo de alcohol y sólo el 10 por ciento reportó que eran bebedoras moderadas. Más de una cuarta parte de mujeres japonesas norteamericanas, la mitad de las mujeres chinas norteamericanas y tres cuartas partes de coreanas norteamericanas se abstenían de consumir alcohol (25).
- Aunque la mayoría de las mujeres adultas no son bebedoras problema, una pequeña proporción toma muy frecuentemente o copiosamente. Más mujeres blancas (17 por ciento) que negras (11 por ciento), o hispanas (5 por ciento) eran frecuentes bebedoras de alcohol en 1995. Una encuesta nacional conducida en 1993 encontró que entre 2 y 3 por ciento de negras, indias norteamericanas/nativas de Alaska y blancas y sólo menos del 1 por ciento de hispanas y asiáticas norteamericanas consumieron al menos 60 bebidas en 30 días (18,21).

GRÁFICA 11
Porcentaje de mujeres que se abstienen de consumir bebidas alcohólicas, según raza/etnia, 1985, 1991, 1993



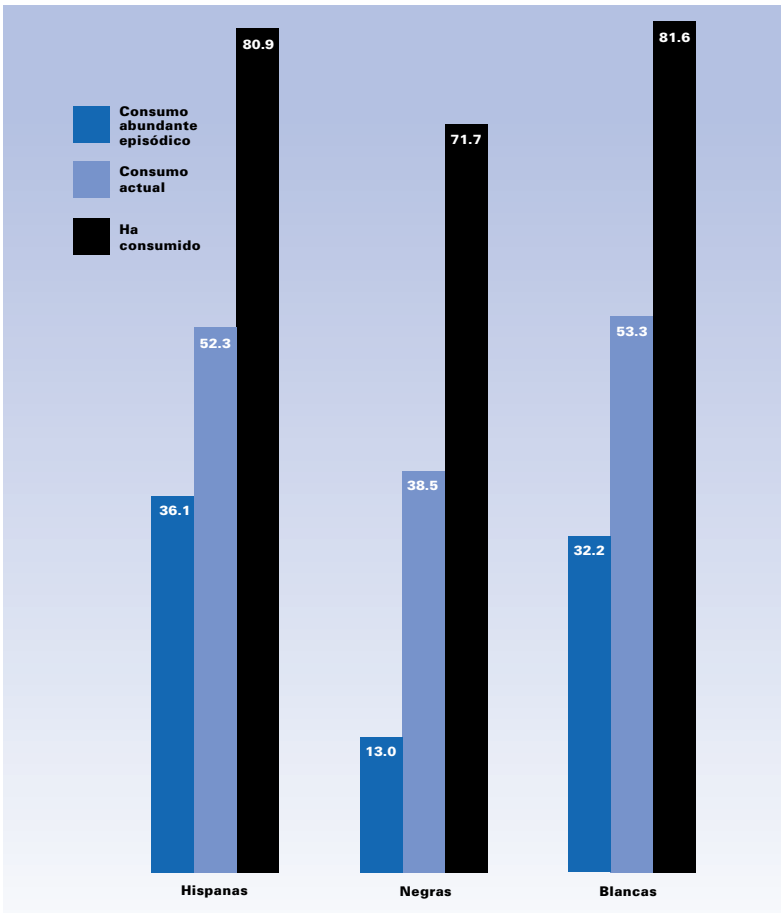
* Que viene en EE.UU hace menos de 15 años

FUENTES: Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund,* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996. Chi I, Lubben JE, Kitano H, Differences in drinking behavior among three Asian-American groups, *J Stud Alcohol* 1989; 50(1):15-23. Marks G, Garcia M, Solis JM, Health risk behaviors of Hispanics in the United States: Findings from HHANES, 1982-1984, *Am J Public Health* 1990; 80 (suppl.):20-26.

Consumo de alcohol entre mujeres adolescentes de color

- Aunque el alcohol es una sustancia legal para adultos (21 años de edad), es ilegal para los jóvenes. Sin embargo, la vasta mayoría de negras, hispanas y blancas estudiantes de secundaria ha consumido alcohol (14).
- Las jóvenes negras tenían la más baja prevalencia de uso de alcohol durante la vida (72 por ciento versus 82 por ciento de blancas y 81 por ciento de hispanas). Treinta y nueve por ciento de adolescentes negras reportó recientemente el consumo de una bebida alcohólica, comparado con más de la mitad de niñas hispanas y blancas estudiantes de secundaria (52 por ciento y 53 por ciento, respectivamente) (14).
- Las tasas de consumo abundante – beber cinco o más tragos a la vez – son más altas entre las estudiantes hispanas (36 por ciento) y blancas (32 por ciento). Trece por ciento de jóvenes negras ha participado en este tipo de consumo de alcohol (14).
- Nueve por ciento de niñas indias norteamericanas/nativas de Alaska en los primeros años de secundaria toman alcohol frecuentemente, comparado con 14 por ciento de jóvenes indias norteamericanas/nativas de Alaska de los últimos años de secundaria. Sin embargo, 60 por ciento de estudiantes indios norteamericanos/nativos de Alaska, mujeres y hombres combinados, reportan que nunca han tomado y 20 por ciento consumen alcohol menos frecuente (22).
- Menos de una tercera parte de blancas, negras e hispanas de secundaria reportaron haber consumido por primera vez una considerable cantidad de alcohol antes de los 13 años de edad (24 por ciento, 30 por ciento, y 32 por ciento, respectivamente) (14).
- Catorce por ciento de hispanas y blancas estudiantes de secundaria han conducido un automóvil bajo la influencia del alcohol, comparado con 5 por ciento de estudiantes negras. Un porcentaje incluso más elevado de mujeres jóvenes ha viajado en un vehículo cuyo conductor ha consumido recientemente alcohol (50 por ciento de hispanas, 37 por ciento de blancas, y 33 por ciento de negras) (14).

GRÁFICA 12
Porcentaje de mujeres adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, según raza/etnia, 1995

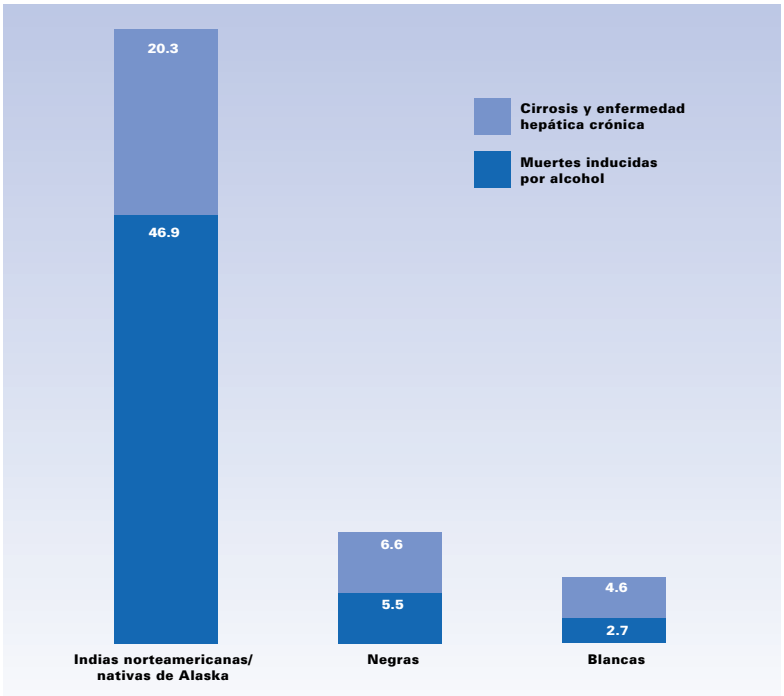


FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

Muertes relacionadas con alcohol

- En 1991, las tasas de mortalidad relacionadas con alcoholismo fueron altas entre las poblaciones de indios norteamericanos/nativos de Alaska. La tasa de mortalidad relacionada con alcohol para hombres indios norteamericanos/nativos de Alaska (55-64 años de edad), fue de 139 por 100.000, comparado con una tasa de 33 por 100.000 para hombres blancos. Menos de 10 muertes por 100.000 mujeres blancas de todas las edades fueron inducidas por alcohol. Sin embargo, las muertes relacionadas con alcohol entre mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska fueron significativamente más elevadas, desde un rango de 21 muertes por 100.000 para las de 25 a 34 años de edad, hasta 65 muertes por 100.000 para las de 45 a 54 años de edad (26).
- Las tasas de mortalidad inducidas por alcohol para mujeres negras y blancas en 1993 fueron muy pequeñas (cerca de 6 por 100.000 para mujeres negras y cerca de 3 por 100.000 para mujeres blancas) (1).
- La enfermedad hepática crónica y la cirrosis son dos condiciones relacionadas a menudo con el consumo de cantidades excesivas de alcohol. Con base en los datos de 1990-1992 y 1993, más de 20 por 100.000 mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska murieron de enfermedad hepática y cirrosis, comparado con cerca de 7 muertes por 100.000 mujeres negras y cerca de 5 muertes por 100.000 mujeres blancas (1).

GRÁFICA 13
Muertes entre mujeres relacionadas con el alcohol, según raza/etnia, 1990-1992, 1993
entre una población de 100.000

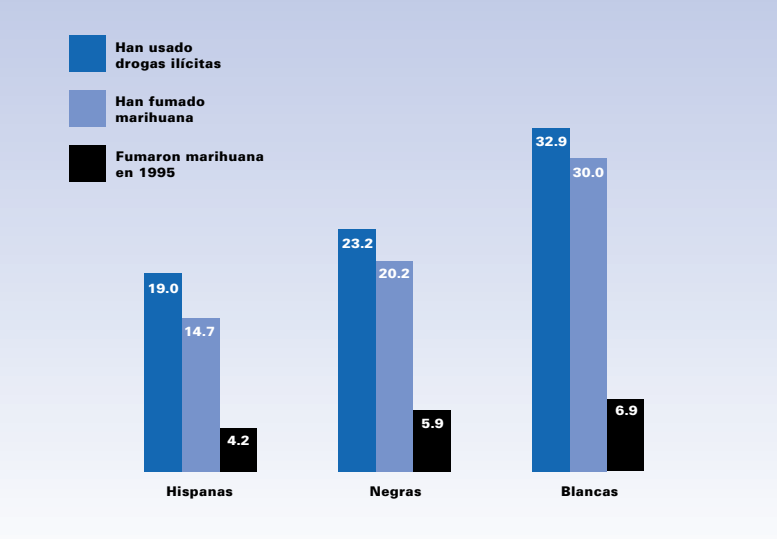


FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Uso de marihuana y otras sustancias, por las mujeres de color

- Más mujeres blancas (33 por ciento) y negras (23 por ciento) que hispanas (19 por ciento), reportan haber usado drogas ilícitas en algún momento de sus vidas. Cinco por ciento de mujeres blancas, 4 por ciento de mujeres negras y 3 por ciento de hispanas reportaron haber usado una sustancia ilegal durante el mes anterior a la encuesta en 1995 (21).
- Las mujeres blancas han probado más sustancias ilícitas en su vida que las mujeres negras o hispanas. También reportaron uso más reciente de marihuana, inhalantes, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes y analgésicos que otras mujeres (21).
- La marihuana es la sustancia ilícita más popular usada por mujeres. Cerca de una tercera parte de mujeres blancas (30 por ciento), una quinta parte de mujeres negras (20 por ciento), y cerca de 15 por ciento de mujeres hispanas han usado marihuana al menos una vez en sus vidas (21).
- Cuarenta y ocho por ciento de negras y 38 por ciento de blancas que usaban regularmente sustancias ilegales reportaron el uso de marihuana. No obstante, menos del 10 por ciento de blancas, negras e hispanas, reportaron el uso de marihuana en 1995 (7 por ciento, 6 por ciento y 4 por ciento, respectivamente). Sin embargo, pocas blancas, (3 por ciento), negras (3 por ciento), o hispanas (2 por ciento), usaron marihuana en los 30 días anteriores a la encuesta (18,21).
- Tres por ciento de mujeres blancas y negras fumaron marihuana al menos 12 veces al año, comparado con 1 por ciento de mujeres hispanas. Dos por ciento de mujeres blancas y negras y 1 por ciento de mujeres hispanas fumaron marihuana más de 50 veces al año (21).
- Los alucinógenos e inhalantes fueron usados más frecuentemente por blancas (9 por ciento y 4 por ciento, respectivamente) e hispanas (4 por ciento y 2 por ciento, respectivamente). Menos del 2 por ciento de negras reportó haber probado alucinógenos e inhalantes en su vida (21).
- Menos de 1 de cada 20 mujeres ha tomado alguna vez estimulantes (4 por ciento de blancas, cerca de dos por ciento de hispanas y menos de 1 por ciento de negras (21).
- Una décima parte de las mujeres blancas ha probado drogas sicoterapéuticas, comparado con 6 por ciento de hispanas y 5 por ciento de negras (21).

GRÁFICA 14
Porcentaje de mujeres que usan marihuana y otras sustancias, según raza/etnia, 1995

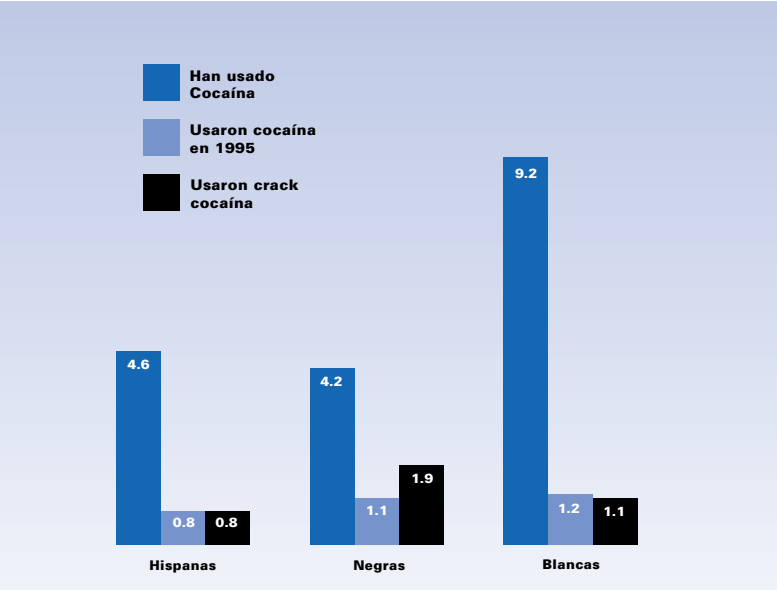


FUENTE: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National household survey of drug abuse: Population estimates 1995,* US DHHS publication no. (SMA) 96-3095, Rockville, MD: US Public Health Service, 1996.

Uso de cocaína y crack por las mujeres de color

- Aunque más mujeres blancas e hispanas han probado la cocaína, las mujeres negras tienen más probabilidad de ser usuarias recientes y frecuentes de cocaína, especialmente de crack (21).
- Los datos de 1993 sugieren que el 5 por ciento de negras y aproximadamente 3 por ciento de hispanas y blancas son usuarias regulares de sustancias ilegales. Entre las mujeres que usan drogas regularmente, 52 por ciento y 23 por ciento de negras y blancas, respectivamente, usan regularmente cocaína (18).
- Cinco por ciento de hispanas y 4 por ciento de negras han ingerido cocaína al menos una vez en su vida; sin embargo, cerca del doble de mujeres blancas (9 por ciento), ha usado esta droga. Aunque más mujeres blancas tienen historia de uso de cocaína, aproximadamente 1 por ciento de mujeres blancas, negras e hispanas reportaron el uso actual de esta sustancia en 1995. Entre estas usuarias actuales, la mitad de mujeres negras y una décima parte de mujeres blancas e hispanas reportaron el uso de cocaína al menos en 51 ocasiones/días durante el año (21).
- Bastante menos mujeres de todas las razas han probado alguna vez el crack, una forma de cocaína más adictiva. Dos por ciento de mujeres negras y 1 por ciento de hispanas y blancas han usado crack al menos una vez en su vida. Dos décimas partes de mujeres negras, así como una décima parte de mujeres blancas e hispanas, que reportaron haber usado crack al menos una vez en sus vidas, reportaron también haber ingerido crack el mes anterior a la encuesta (21).

GRÁFICA 15
Porcentaje de mujeres que usan cocaína y crack cocaína, según raza/etnia, 1995

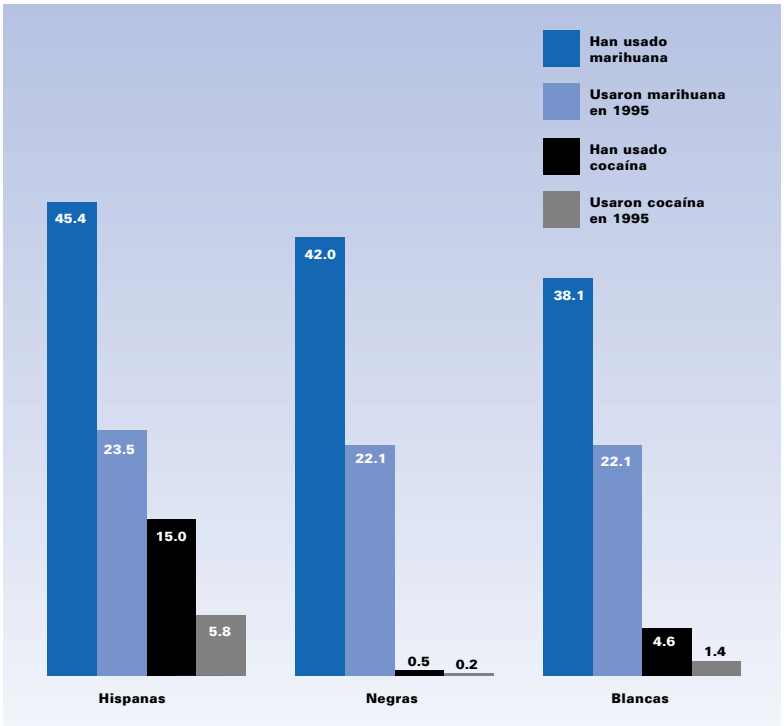


FUENTE: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National household survey of drug abuse: Population estimates 1995,* US DHHS publication no. (SMA) 96-3095, Rockville, MD: US Public Health Service, 1996.

Uso de sustancias ilícitas por las adolescentes de color

- El uso de drogas entre la juventud norteamericana ha aumentado dramáticamente. En 1995, 45 por ciento de hispanas, 42 por ciento de negras y 38 por ciento de blancas estudiantes de secundaria reportaron haber usado marihuana al menos una vez en sus vidas. Ligeramente menos de una cuarta parte de jóvenes negras, hispanas y blancas eran usuarias actuales de marihuana en el momento de la encuesta. Más del 30 por ciento de indios norteamericanos/nativos de Alaska, estudiantes de los primeros años de secundaria y la mitad de los de últimos años de secundaria (hombres y mujeres combinados) han experimentado con la marihuana (14,22).
- En 1993, hubo 224.526 episodios de abuso de drogas entre mujeres, en las salas de urgencia. Las mujeres blancas estuvieron involucradas en 60 por ciento de estos episodios, seguidas por las negras (22 por ciento) e hispanas (9 por ciento). Del 18 al 23 por ciento de todos los episodios de abuso de drogas en las salas de urgencia entre blancas, hispanas y negras involucraron mujeres jóvenes (12-17 años de edad) (27).
- Excepto por el uso de marihuana, las negras estudiantes de secundaria tienen una prevalencia menor de uso de sustancias tóxicas, que las hispanas o las blancas jóvenes. Las hispanas jóvenes tienen durante la vida el más elevado uso de cocaína, pega (para aspirar) y otras sustancias ilegales, como heroína y LSD (14).
- Entre las adolescentes, los porcentajes de usuarias de cocaína durante su vida y en la actualidad, fueron más elevados para hispanas (15 por ciento y 6 por ciento, respectivamente). Cinco por ciento de adolescentes blancas han probado la cocaína durante el curso de su vida y más de 1 por ciento eran usuarias actuales. Menos de uno por ciento de las negras en secundaria han probado alguna vez cocaína e incluso menos eran usuarias actuales. Doce por ciento de jóvenes hispanas, 3 por ciento de blancas y menos de 1 por ciento de adolescentes han tratado alguna vez cocaína sin base o crack (14).
- Menos de una décima parte de mujeres en secundaria fumaron por primera vez marihuana antes de los 13 años (9 por ciento de hispanas, 7 por ciento de negras, y 3 por ciento de blancas) (14).
- Virtualmente todas las jóvenes blancas, hispanas y negras que han probado la cocaína lo hicieron inicialmente como adolescentes (13 años o más) (14).
- Veintidós por ciento de hispanas, 20 por ciento de blancas y 9 por ciento de negras jóvenes intentaron "volarse" inhalando pega o el contenido de ciertos tarros de aerosol (14).
- Hasta 1995, sólo dos por ciento de adolescentes negras había experimentado con otras sustancias ilegales (ej., heroína, PCP), comparado con 17 por ciento de hispanas y blancas estudiantes de secundaria (14).

GRÁFICA 16
Porcentaje de mujeres adolescentes que usan marihuana y cocaína, según raza/etnia, 1995

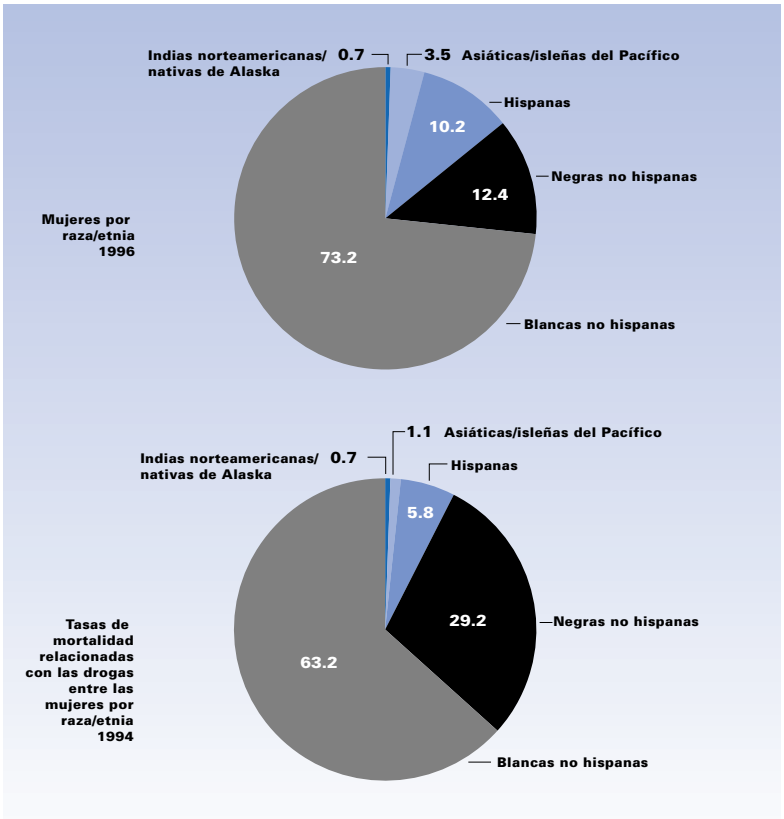


FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

Muertes relacionadas con drogas

- Aunque las mujeres negras no hispanas representan el 12 por ciento de la población femenina, responden por el 29 por ciento de las muertes relacionadas con drogas en 1994. El restante 71 por ciento de muertes relacionadas con drogas se distribuyó como sigue: blancas (63 por ciento), hispanas (cerca del 6 por ciento), asiáticas norteamericanas (1 por ciento), e indias norteamericanas/nativas de Alaska (menos del 1 por ciento) (28).
- En 1991, las tasas de mortalidad relacionadas con drogas entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska estuvieron dentro del rango de aproximadamente 3 por 100.000 para las de 15 a 24 años de edad y 55 a 64 años de edad, a un 8 por 100.000 para las de 75 a 84 años de edad. En 1993, la tasa de mortalidad inducida por drogas, ajustada por edad, fue más de 4 por 100.000 mujeres negras y cerca de 3 por 100.000 mujeres blancas (1,26).
- Entre aquellas mujeres que murieron debido a uso de drogas en 1994, el 70 por ciento de las mujeres negras, 57 por ciento de las blancas y 56 por ciento de las hispanas estaban entre 26 y 44 años de edad al momento de su muerte. Más de una tercera parte de las mujeres blancas (35 por ciento), 23 por ciento de negras, y 22 por ciento de hispanas que murieron tenían 45 años de edad o más (28).
- Diez y ocho por ciento de las mujeres hispanas cuyas muertes fueron inducidas por drogas estaban entre 18 y 25 años de edad, comparado con 7 por ciento de mujeres negras y 6 por ciento de mujeres blancas (28).

GRÁFICA 17
Distribución de las mujeres en 1996, vs. distriubución de muerte relacionadas con drogas entre mujeres, según raza/etnia, 1994

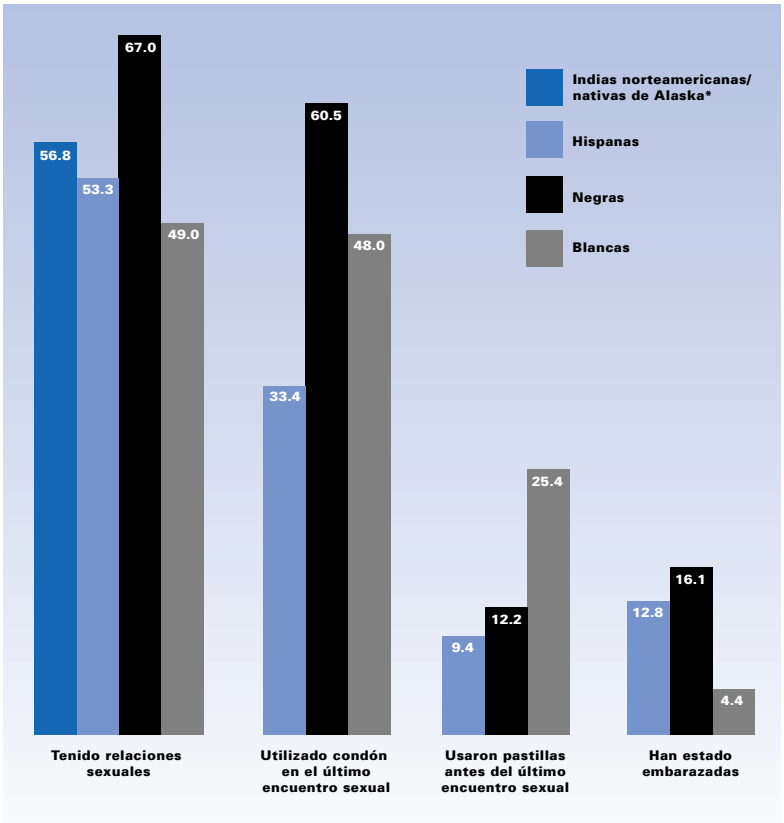


FUENTES: Bureau of the Census, *US population estimates by age, sex, race, and Hispanic Origin, 1990-1995, with associated tables for recent months*, Population Division Release PPL-41, 1996. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *Annual medical examiner data 1994: Data from the Drug Abuse Warning Network,* US DHHS publication no. (SMA) 96-3078, Rockville, MD: US Public Health Service, 1996.

Comportamiento sexual: Mujeres adolescentes de color

- Hasta 1995, 67 por ciento de negras, 57 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska, 53 por ciento de hispanas, y 49 por ciento de blancas estudiantes de secundaria reportaron haber tenido contacto sexual al menos una vez en sus vidas. En promedio, las niñas indias norteamericanas/nativas de Alaska tuvieron su primera relación sexual a los 14 años. Diez por ciento de negras, 5 por ciento de hispanas y 4 por ciento de blancas tenían menos de 13 años de edad durante su primera experiencia sexual (14,22).
- Cerca del 40 por ciento de hispanas y blancas sexualmente activas, así como 51 por ciento de negras estudiantes de escuela secundaria reportaron estar manteniendo relaciones sexuales actualmente. En comparación, entre el 22 y el 26 por ciento de mujeres negras, blancas e hispanas que habían participado previamente en actividades sexuales se estaban absteniendo actualmente. Cuarenta y nueve por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska adolescentes reportaron haber tenido relaciones sexuales poco frecuente o en raras ocasiones (14,22).
- Cuando se les preguntó si habían tomado una píldora para el control natal o usado un condón durante su último encuentro sexual, 61 por ciento de las mujeres negras de secundaria reportaron el uso del condón y 25 por ciento de mujeres blancas de secundaria reportaron haber tomado píldoras para el control de la natalidad. Cuarenta y ocho por ciento y 33 por ciento de jóvenes blancas e hispanas, respectivamente, usaron un condón durante su último encuentro sexual. La contracepción oral fue utilizada por 12 por ciento de negras y 9 por ciento de hispanas estudiantes de secundaria (14,22).
- La mayoría de jóvenes indias norteamericanas/nativas de Alaska sexualmente activas ha utilizado algún método de anticoncepción. Cerca de una cuarta parte de jóvenes indias norteamericanas/nativas de Alaska (23.6 por ciento) reportaron que los condones eran su forma de contracepción preferida, mientras otro 18.3 por ciento reportó que usaba píldoras para el control de la natalidad. Sin embargo, el 39 por ciento nunca ha usado una forma de protección durante el acto sexual (22).
- Dado que una gran proporción de estudiantes de secundaria no practica el sexo seguro de forma regular, no es sorprendente que el 16 por ciento de negras, 13 por ciento de hispanas y 4 por ciento de blancas estudiantes de secundaria reportaran haber estado embarazadas (14).
- El uso de drogas y alcohol antes de su último encuentro sexual fue más elevado entre jóvenes hispanas (22 por ciento). Dieciocho por ciento y 11 por ciento de blancas y negras estudiantes de secundaria, respectivamente, también utilizaron sustancias ilegales durante su más reciente experiencia sexual (14).

GRÁFICA 18
Comportamiento sexual de las adolescentes, según raza/etnia, 1995
Porcentaje



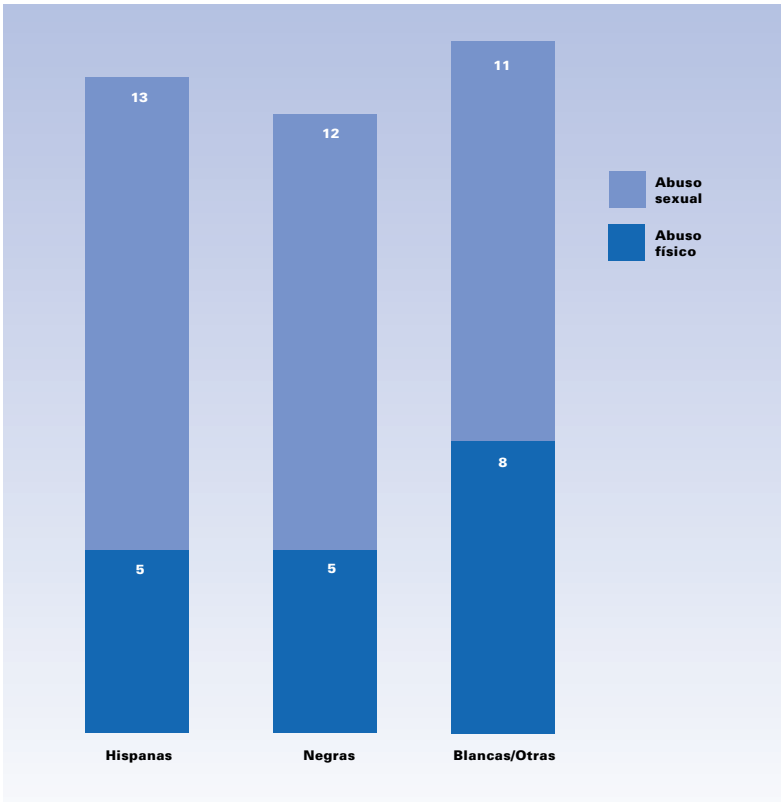
* Datos de 1989

FUENTES: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4). Blum RW, Harmon B, Harris L, Bergeisen L, Resnick MD, American Indian-Alaska Native youth health, *JAMA* 1992; 267(12):1637-1644.

Maltrato físico/abuso sexual

- Un porcentaje más alto de blancas/otros grupos de mujeres (8 por ciento) que de negras (5 por ciento) o hispanas (5 por ciento) reportaron (en 1992) haber sido maltratadas físicamente cuando niñas (29).
- El abuso sexual cuando niñas fue reportado (en 1993) más frecuentemente que el maltrato físico cuando niñas, por todas las mujeres. Once por ciento de blancas/otras mujeres, 12 por ciento de negras y 13 por ciento de hispanas reportaron abuso sexual cuando niñas (29).
- Las mujeres hispanas (12 por ciento) tuvieron más probabilidades de reportar (en 1993) un crimen violento (distinto de la violación) que las blancas/otras mujeres (9 por ciento), o las negras (8 por ciento) (29).
- Las mujeres negras (16 por ciento) tuvieron más probabilidades de reportar (en 1993) haber experimentado cualquier forma de abuso de parte de sus cónyuges, que las blancas/otras mujeres o las hispanas. Diez por ciento de hispanas y 8 por ciento de blancas/otras mujeres, también reportaron este tipo de abuso (29).

GRÁFICA 19
Porcentaje de mujeres que reportaron maltrato físico/abuso sexual cuando niñas, según raza/etnia, 1993

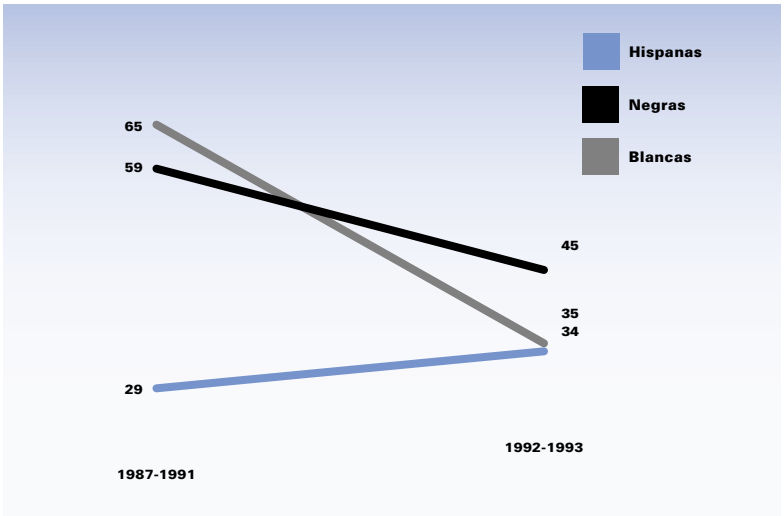


FUENTE: Plichta SB, in: Falik MM, Collins KS (eds), *Women's health: The Commonwealth Fund survey*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1996, pp. 237-270.

Violencia

- Entre 1987 y 1991, la tasa de crímenes violentos contra las mujeres fue más alta entre blancas (65 por 1.000), seguidas de negras (59 por 1.000) y luego hispanas (29 por 1.000) (30). (Los crímenes violentos por definición incluyen violaciones, asaltos sexuales, robos y agresiones simples y con agravantes.) En 1992-1993, sin embargo, la tasa total de víctimas de la violencia mostró una mayor cantidad de víctimas entre mujeres negras (45 casos por 1.000), que entre mujeres blancas (35 casos por 1.000) o hispanas (34 casos por 1.000) (31).
- La incidencia de violación reportada por 1.000 mujeres en 1987-1991 fue más alta para mujeres negras (2 por 1.000 mujeres), que para blancas o hispanas (1 por 1.000 mujeres para cada grupo) (30). Sin embargo, una encuesta de 1993 sugiere una tendencia algo diferente. Un porcentaje más alto de mujeres hispanas (4 por ciento) y blancas/otras mujeres (3 por ciento), que de negras (2 por ciento), reportaron haber sido violadas (29).
- Entre 1987 a 1991, la agresión con agravantes fue más común entre mujeres negras e hispanas que entre mujeres blancas. Las denuncias de agresión con agravantes fueron presentadas por 8 mujeres negras y 7 mujeres hispanas (por 1.000 mujeres), mientras 5 mujeres blancas por 1.000 reportaron lo mismo durante este periodo (30).
- Los agresores de mujeres blancas, negras e hispanas fueron en ocasiones una persona cercana, un pariente o un amigo/conocido de la víctima de la violencia. Entre 1992 y 1993, en 13 por 1.000 mujeres blancas víctimas de la violencia, 17 por 1.000 mujeres negras víctimas de la violencia, y 10 por 1.000 mujeres hispanas víctimas de la violencia, el agresor era un conocido o un amigo. En 9 por 1.000 mujeres blancas víctimas de la violencia, 11 por 1.000 mujeres negras víctimas de la violencia, y 7 por 1.000 mujeres hispanas víctimas de la violencia, el agresor era un allegado (31).

GRÁFICA 20
Crímenes violentos o agresiones entre mujeres, según raza/etnia, 1987-1991 y 1992-1993
entre una población de 100.000



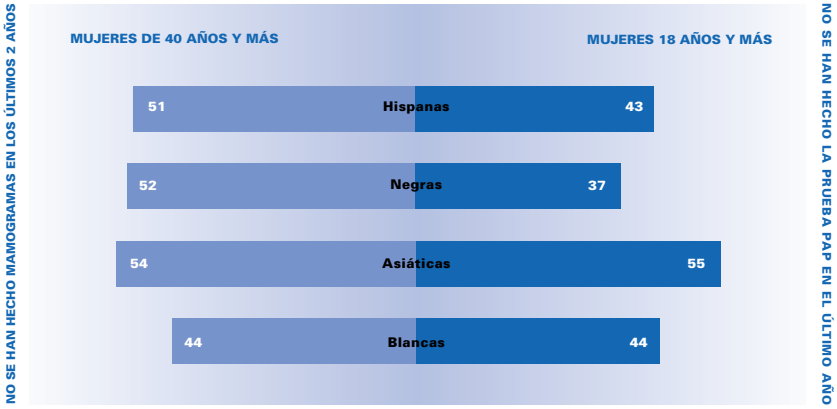
FUENTES: Bachman R, *Violence against women: A national crime victimization survey report*, Publication no. NCJ-145325, Washington, DC: US Department of Justice, 1994. Bachman R, Saltzman LE, *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*, Publication no. NCJ-154348, Washington, DC: US Department of Justice, 1995.

Servicios preventivos para el cuidado de la salud

Medidas preventivas de salud

- Las mujeres de color a menudo no se valen de pruebas preventivas de salud como las pruebas de Papanicolaou y los exámenes del seno. Para todas las mujeres, estar casadas y tener una educación secundaria se asocian con tasas de exámenes de detección más elevadas. Sin embargo, la probabilidad de obtener estos exámenes preventivos, declina con la edad (1,29).
- Entre las mujeres de 18 años de edad y mayores, proporciones considerables de todas las mujeres reportaron (en 1991) que no se habían hecho una prueba de Papanicolaou en el último año. Treinta y siete por ciento de mujeres negras, 43 por ciento de mujeres hispanas, 44 por ciento de mujeres blancas y 55 por ciento de mujeres asiáticas reportaron que no habían tenido un Papanicolaou en el pasado año (12). Estas proporciones fueron generalmente más bajas para el grupo de edad más joven (18-39 años) y más altas para los grupos de edad mayores (40-64 años y 65 años y más).
- Cinco por ciento de cada uno de estos grupos de mujeres, blancas no hispanas, negras no hispanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska, reportaron (durante el periodo de 1991-1993) haber tenido alguna vez un resultado anormal de Papanicolaou. Cuatro por ciento de hispanas y 2 por ciento de asiáticas reportaron también un Papanicolaou anormal (32).
- Participaciones considerables de mujeres de color, de 40 años y más, reportaron en 1991 no haberse hecho una mamografía en los últimos dos años (en ese momento, el estándar para esta prueba en mujeres de 40-50 años de edad). Aunque el 44 por ciento de las mujeres blancas reportaron que no habían tenido este examen, más de la mitad de las hispanas (51 por ciento), negras (52 por ciento), y asiáticas norteamericanas (54 por ciento) reportaron no haberse hecho una mamografía en los dos últimos años (12).
- Con 8 por ciento, las mujeres tanto blancas no hispanas como negras no hispanas, reportaron las más grandes proporciones con mamografías anormales en el periodo de 1991-1993. Participaciones iguales de mujeres hispanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska (ambas el 7 por ciento), reportaron también mamografías anormales, al igual que el 4 por ciento de las asiáticas (32).
- Aunque los cánceres del cuello del útero, del seno y del pulmón ocurren comúnmente en mujeres asiáticas norteamericanas, aproximadamente dos terceras partes de las inmigrantes asiáticas no han hecho nunca una prueba de Papanicolaou y en términos generales el 70 por ciento no se ha hecho nunca una mamografía (33). En respuesta a la pregunta ¿"Cuándo fue su último Papanicolaou"? Sólo el 43 por ciento de mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico reportaron "hace menos de un año", la participación más pequeña entre todas las mujeres de color. Sólo el 47 por ciento de mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico (de 45 años y más) reportó haberse hecho alguna vez una mamografía (34).
- Cerca del 83 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska en reservaciones (al contrario de más de 90 por ciento de todas las mujeres estadounidenses) ha tenido al menos una prueba de Papanicolaou. Entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska en reservaciones, 78 por ciento reportó haber tenido una mamografía, mientras el 89 por ciento de indias urbanas norteamericanas/nativas de Alaska reportaron lo mismo (8,9). Sólo el 10 por ciento de las indias urbanas norteamericanas/nativas de Alaska reportó no haberse hecho nunca una prueba de Papanicolaou.

GRÁFICA 21
Porcentaje de mujeres que no toman medidas preventivas de salud, según raza/etnia, 1991

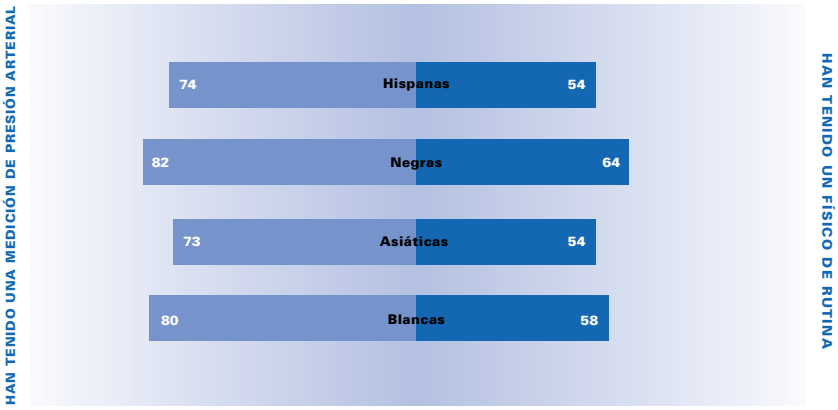


FUENTE: Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund,* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996.

Exámenes físicos

- En 1991, las mujeres negras tuvieron las mayores probabilidades de reportar el haber tenido un examen físico de rutina en los últimos 12 meses (64 por ciento), seguidas por las mujeres blancas (58 por ciento), y asiáticas norteamericanas e hispanas (ambas 54 por ciento) (12).
- Diez y ocho por ciento de las mujeres asiáticas norteamericanas indicaron que no habían tenido un examen físico en los últimos tres años o que nunca habían tenido dicho examen. Dieciséis por ciento de las mujeres blancas, 15 por ciento de hispanas y 10 por ciento de mujeres negras reportaron esta misma falta de examen (12).
- Menos del 50 por ciento de mexicanas norteamericanas interrogadas en la Encuesta para el Análisis de la Nutrición y la Salud de los Hispanos (HHANES, por sus siglas en inglés) (1982-1984) reportaron haber tenido un examen físico de rutina en los dos últimos años. Aproximadamente el 20 por ciento reportó no haber tenido exámenes físicos en forma regular (35).
- Algo menos de tres cuartas partes de mujeres hispanas y asiáticas norteamericanas encuestadas en 1991, habían tenido una medición de presión arterial en los 12 meses precedentes (74 por ciento y 73 por ciento, respectivamente), comparado con 80 por ciento de mujeres blancas y 82 por ciento de mujeres negras (12).

GRÁFICA 22
Porcentaje de mujeres que se han medido la presión arterial y hecho un examen físico en el pasado año, según raza/etnia, 1991

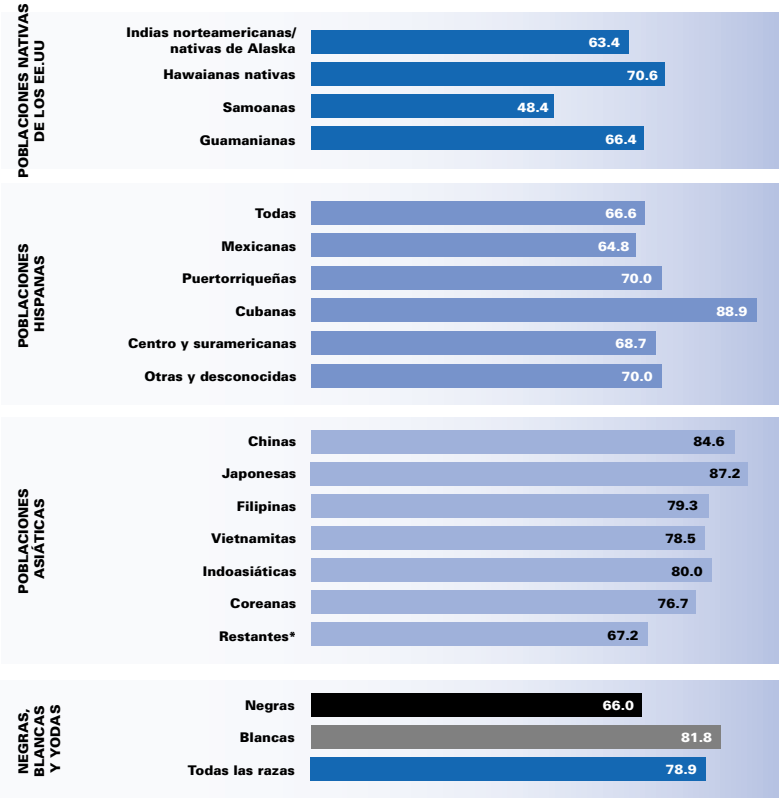


FUENTE: Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's health-related behaviors and use of clinical preventive services: A report of The Commonwealth Fund,* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996.

Cuidado prenatal

- Aun cuando comenzar el cuidado prenatal tan pronto como sea posible durante el embarazo se cree que propicia los resultados más favorables en términos de salud en el parto, tanto para las madres como para los niños, unas participaciones considerables de futuras madres de color no inician el cuidado prenatal durante el primer trimestre. Cerca del 52 por ciento de madres samoanas no comienzan el cuidado prenatal en el primer trimestre, la participación más grande entre todas las mujeres (36).
- Más de una tercera parte de futuras madres negras, indias norteamericanas/nativas de Alaska, guamanianas y mexicanas norteamericanas tampoco comienzan cuidado prenatal durante el primer trimestre de embarazo (1,36).
- Una inmensa mayoría de otras futuras madres de color inician el cuidado prenatal durante el primer trimestre. De hecho, muchas mujeres de color tienen más probabilidades de buscar cuidado prenatal temprano que las mujeres blancas, de las cuales el 82 por ciento buscan este cuidado. Cerca del 90 por ciento de futuras madres cubanas reciben cuidado prenatal desde el primer trimestre. Grandes proporciones de futuras madres de diversas poblaciones asiáticas norteamericanas comienzan también cuidado prenatal en el primer trimestre: japonesas (87 por ciento); chinas (85 por ciento); e indoasíaticas (80 por ciento) (1,36).
- Como sería de esperar, los grupos de poblaciones con las participaciones más grandes que no inician cuidado prenatal durante el primer trimestre reportan también las participaciones más grandes que no tienen cuidado prenatal o que comienzan durante el tercer trimestre. Las mujeres que reciben cuidado prenatal tardío o no lo reciben en absoluto, tienen más probabilidades de ser pobres, adolescentes, solteras, residentes en áreas rurales o de más de 40 años de edad, características que colocan a sus embarazos en alto riesgo también por otras causas (37).
- Diez por ciento de futuras madres indias norteamericanas/nativas de Alaska y mexicanas norteamericanas, así como 9 por ciento de futuras madres negras reportaron no haber tenido cuidado prenatal o haber comenzado en su tercer trimestre. Siete por ciento de cada uno de los siguientes grupos de mujeres reportaron también esta falta de uso de servicios preventivos al máximo: hawaianas/mitad hawaianas, puertorriqueñas, centro y suramericanas y otras hispanas no conocidas (1).
- En California, las siguientes mujeres reciben generalmente cuidado prenatal tardío o ningún cuidado: 59 por ciento de samoanas, 48 por ciento de laosianas, 47 por ciento de camboyanas, 32 por ciento de vietnamitas, y 25 por ciento de mujeres de todos los grupos raciales combinados (38).

GRÁFICA 23
Porcentaje de madres que iniciaron el cuidado prenatal durante el primer trimestre, según raza/etnia, 1992, 1993



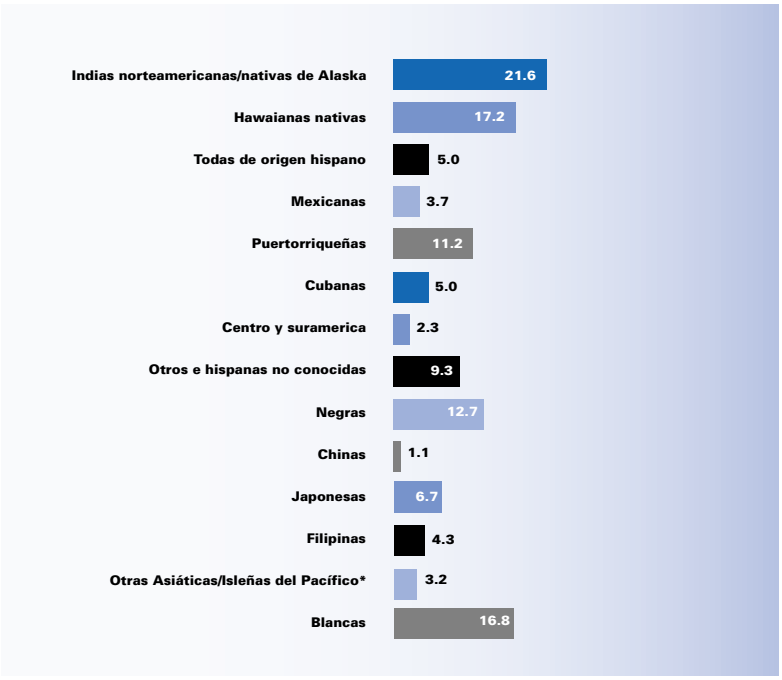
* Incluye Cambodia, Hmong, Laotianas y other otros grupos que no estan listados por separado.

FUENTES: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. Martin JA, Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992, *Monthly Vital Statistics Report* 1995; 43(10),Supplement.

Uso de sustancias tóxicas durante el embarazo

- Más de una quinta parte (22 por ciento) de futuras madres indias norteamericanas/nativas de Alaska reportaron que fumaban. Participaciones iguales (17 por ciento) de futuras madres blancas y hawaianas/mitad hawaianas reportaron también esta conducta poco saludable. Otras futuras madres que reportaron consumo de cigarrillo durante el embarazo incluyen: negras (13 por ciento), puertorriqueñas (11 por ciento), y otras e hispanas no conocidas (9 por ciento) (1).
- Menos del 5 por ciento de la mayoría de futuras madres de color reportaron que fumaban mientras estaban embarazadas, con la participación más pequeña para las futuras madres chinas (1 por ciento) (1).
- El consumo de alcohol durante el embarazo fue reportado por cerca de una cuarta parte de mujeres blancas (23 por ciento), cerca de una sexta parte de mujeres negras (16 por ciento), y más de una duodécima parte de mujeres hispanas (9 por ciento) (39).
- La alta prevalencia de síndrome alcohólico fetal (FAS, por sus sigla en inglés) entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska recién nacidos (30 por 10.000 nacimientos vivos) es evidencia de altas tasas de consumo de alcohol durante el embarazo (40). El síndrome alcohólico fetal es la principal causa de incapacidad entre los indios norteamericanos/nativos de Alaska recién nacidos; puede ocasionar malformaciones, retardo mental, disfunción del sistema nervioso, deficiencias de crecimiento y anomalías de las articulaciones (41).
- El síndrome alcohólico fetal ocurre con mucha menor frecuencia entre niños nacidos de mujeres que no son indias norteamericanas/nativas de Alaska. Sólo el 6 por ciento de niños nacidos de mujeres negras tienen síndrome alcohólico fetal, mientras menos del 1 por ciento de los nacidos de blancas, hispanas y asiáticas tienen esta condición (40).
- Pequeñas participaciones de blancas (4 por ciento), hispanas (5 por ciento), y negras (11 por ciento) de todas las edades reportaron uso de alguna droga durante el embarazo. Sin embargo, el uso de drogas fue más común entre mujeres negras e hispanas embarazadas de 25 a 29 años de edad. Dieciséis por ciento de hispanas y 15 por ciento de negras en este grupo de edad reportaron el uso de drogas durante el embarazo. Sólo el 3 por ciento de las mujeres blancas de 25 a 29 años de edad reportaron el uso de drogas mientras estaban embarazadas (39).
- Aunque el 5 por ciento o menos de blancas, negras e hispanas reportaron el uso de marihuana durante el embarazo, las mujeres negras (5 por ciento) tuvieron más probabilidades de reportar su uso que las blancas (3 por ciento) o hispanas (2 por ciento) (39).
- Al igual que con la marihuana, el uso de cocaína durante el embarazo fue reportado más a menudo por mujeres negras (5 por ciento) que por hispanas (0.7 por ciento) o blancas (0.4 por ciento). El uso de crack durante el embarazo fue reportado también más frecuentemente por mujeres negras (4 por ciento) que por blancas (0.3 por ciento) o hispanas (0.1 por ciento) (39).

GRÁFICA 24
Porcentaje de mujeres embarazadas que fuman durante el embarazo, según raza/etnia, 1993



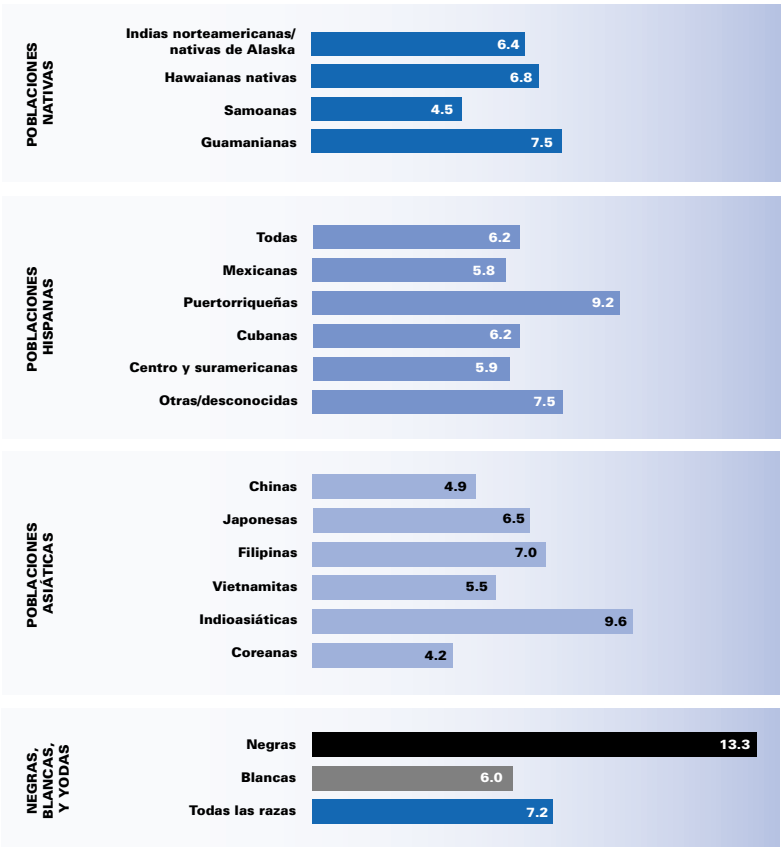
* Incluye Vietnamitas, Indoasiáticas, Samoanas, Guamanianas y otras subpoblaciones de Asiáticas/Isleñas del Pacífico.

FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States,* 1995, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Resultados del parto: Peso

- Los niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) y muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos) están en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que los niños más grandes. La incidencia de niños de bajo y muy bajo peso al nacer varía considerablemente según la raza/etnia de las madres de los niños, teniendo las mujeres negras norteamericanas las más altas incidencias de niños con bajo peso al nacer (13 por ciento) y muy bajo peso al nacer (3 por ciento) (1).
- Las madres coreanas (4 por ciento) reportaron el porcentaje más pequeño de niños con bajo peso al nacer. Cerca del cinco por ciento de niños nacidos a madres samoanas y chinas tienen bajo peso (1,36).
- Las proporciones de niños de bajo peso nacidos de mujeres puertorriqueñas (9 por ciento) e indoasiáticas (10 por ciento) son más altas que la participación nacida de mujeres blancas (6 por ciento), pero más bajas que la participación nacida de mujeres negras (13 por ciento) (1,36).
- Uno por ciento o menos de los niños nacidos de la mayoría de mujeres de color tienen muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos). Aparte del 3 por ciento reportado por mujeres negras, el otro único grupo que reporta una participación mayor que el 1 por ciento fue el de mujeres puertorriqueñas, cerca de dos por ciento de cuyos niños nacidos vivos tienen peso muy bajo (1,36).

GRÁFICA 25
Bajo peso al nacer como porcentaje de todos los nacimientos, según raza/etnia, 1992, 1993

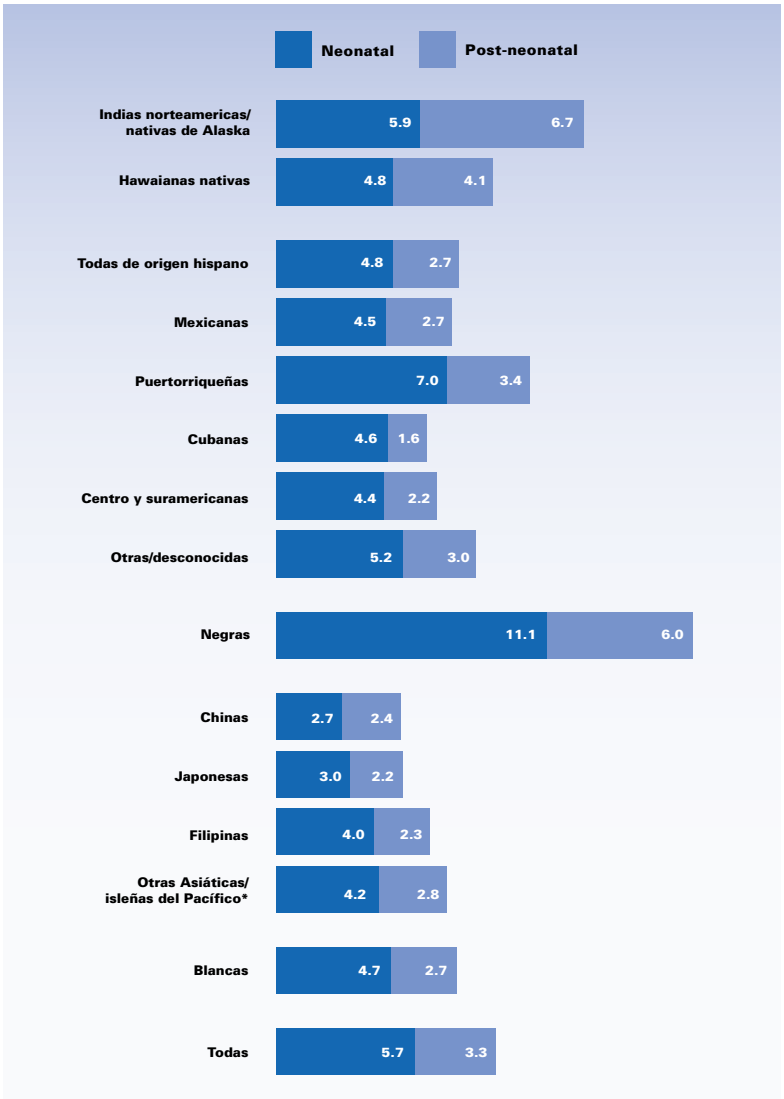


FUENTES: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. Martin JA, Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992, *Monthly Vital Statistics Report* 1995;43(10),Supplement.

Resultados del parto: Mortalidad infantil

- La mortalidad infantil (o sea, la muerte antes del primer año de edad) no sólo refleja el estándar de vida de una población, sino que también es un reflejo de la salud de la madre. De 1989 a 1991, entre las mujeres de color, las tasas de mortalidad infantil para los niños de mujeres negras fueron las más elevadas: 17 muertes por 1.000 nacimientos vivos, más del doble que la tasa de 7 muertes por 1.000 nacimientos vivos de madres blancas y significativamente mayor que la tasa para todas las madres, de 9 muertes por 1.000 nacimientos vivos (1).
- Los indios norteamericanos/nativos de Alaska tienen la segunda tasa más alta de mortalidad infantil (13 muertes por 1.000 nacimientos vivos), seguidos por puertorriqueños con 10 muertes infantiles por 1.000 nacimientos vivos. Nueve muertes infantiles por 1.000 nacimientos vivos para mujeres hawaianas/mitad hawaianas fueron reportados en el periodo de 1989-1991. Todos los grupos de asiáticos norteamericanos (para los cuales se reportaron datos) tuvieron tasas de mortalidad infantil cercanas o más bajas que la tasa de mortalidad infantil para blancos (7 por 1.000 nacimientos vivos) (1).
- Aunque subreportadas, las tasas de mortalidad infantil generalmente son altas para los isleños del Pacífico. Por ejemplo, la población total de las islas hawaianas reportó 9 muertes por 1.000 nacimientos vivos, mientras en Guam hubo 14 muertes por 1.000 nacimientos vivos (42).
- La mayoría de las muertes infantiles entre 1989 y 1991 fueron neonatales (o sea, ocurrieron antes de 28 días) para todos los grupos, excepto para los niños indios norteamericanos/nativos de Alaska. De las 13 muertes de niños indios norteamericanos/nativos de Alaska (por 1.000 nacimientos vivos), 6.7, o 53 por ciento, ocurrieron en el periodo postnatal (o sea de los 28 a 365 días después del nacimiento), a menudo como resultado de accidentes o peligros ambientales (1).

GRÁFICA 26
Muertes neonatales y postnatales, según raza/etnia de las madres, 1989-1991
Por 1.000 nacimientos vivos



* Incluyen Vietnamitas, Indioasiáticas, Coreanas, Samoanas, Guamanianas y otras subpoblaciones Asiáticas/isleñas del Pacífico.

FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

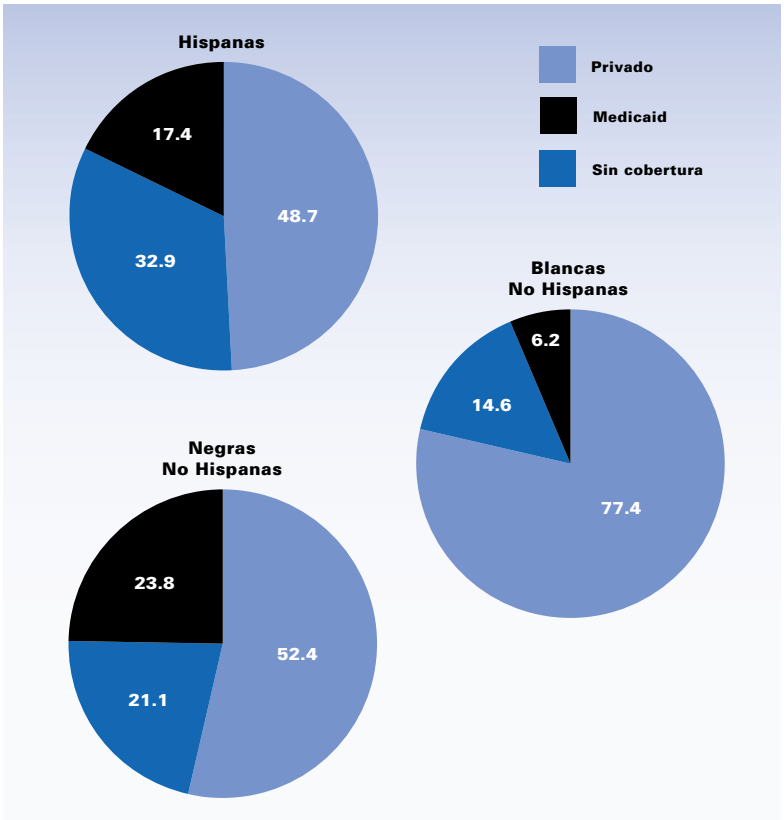
- Las tasas de mortalidad de niños nacidos de madres negras exceden las tasas de mortalidad de niños nacidos de otras madres, sea que estas mujeres reporten o no haber bebido durante el embarazo. En 1993, hubo 16 muertes infantiles por 1.000 nacimientos vivos de madres que no bebían, mientras que hubo 7 muertes infantiles por 1.000 nacimientos vivos de madres blancas e hispanas abstemias. Veintiocho niños murieron (en 1991) por 1.000 nacimientos vivos de mujeres negras que reportaron haber bebido durante el embarazo. Esto comparado con 13 muertes (por 1.000 nacimientos vivos) de mujeres hispanas y 9 muertes de niños (por 1.000 nacimientos vivos) de mujeres blancas (18).

Acceso a seguros y servicios de salud

Acceso a seguros de salud: Personas de color

- En 1995, la gente de color estaba desproporcionadamente representada entre aproximadamente 41 millones de personas (15 por ciento de la población total), sin seguro de salud. Catorce por ciento de todos los blancos y 33 por ciento de todos los blancos pobres reportaron falta de cobertura de seguro de salud en 1995. Veintiuno por ciento de todos los negros y 24 por ciento de todos los negros pobres reportaron una falta similar de seguro de salud. Sin embargo, los hispanos reportaron las mayores participaciones sin seguro de salud. Entre todos los hispanos, el 33 por ciento no tenía seguro de salud, mientras entre los hispanos pobres, esta participación era del 41 por ciento (43).
- Las personas de color también tenían más probabilidades que los blancos de reportar falta de cobertura de seguros de salud al menos por un mes durante el periodo de 1992 a 1994. Mientras el 23 por ciento de todos los blancos no hispanos reportaron haber pasado al menos un mes sin seguro de salud durante este periodo, la mitad (49 por ciento) de todos los hispanos y 36 por ciento de todos los negros norteamericanos reportaron lo mismo (44).
- Los negros e hispanos menores de 65 años de edad también tuvieron considerablemente menos probabilidades de tener seguro privado de salud (con las opciones adicionales y la mayor cobertura que este a menudo proporciona) y por lo tanto, más probabilidad de tener seguro público que los blancos. En 1994, más de tres cuartas partes de los blancos reportaron cobertura de seguro de salud privado, comparado con cerca de la mitad de negros (52 por ciento) e hispanos (49 por ciento). Las tasas de cubierta de seguros privados para las subpoblaciones hispanas iban desde 46 por ciento entre mexicanos norteamericanos y 49 por ciento entre puertorriqueños hasta cerca de dos terceras partes (64 por ciento) entre cubanos (1).
- Por su parte, los negros no hispanos y los hispanos menores de 65 años de edad tuvieron más probabilidades de reportar cobertura de Medicaid que los blancos no hispanos. Aunque sólo el 6 por ciento de los blancos no hispanos reportó cobertura de Medicaid en 1994, cerca de una cuarta parte de negros (24 por ciento) y una sexta parte (17 por ciento) de hispanos reportó esta forma de seguro (1).
- Las subpoblaciones hispanas también variaron en términos de la participación que reporta cobertura de Medicaid. Sólo el 8 por ciento de los cubanos y el 16 por ciento de los mexicanos norteamericanos reportaron esta forma de seguro, en comparación con una tercera parte (33 por ciento) de puertorriqueños (1). Esta diferencia en cobertura refleja en parte la diferencia en las proporciones de mexicanos norteamericanos y cubanos elegibles para Medicaid, con respecto a los puertorriqueños, los cuales son ciudadanos norteamericanos y por lo tanto elegibles para el seguro, si son suficientemente pobres.

GRÁFICA 27
Cobertura de seguro de salud para personas menores de 65 años de edad, según la raza, 1994*



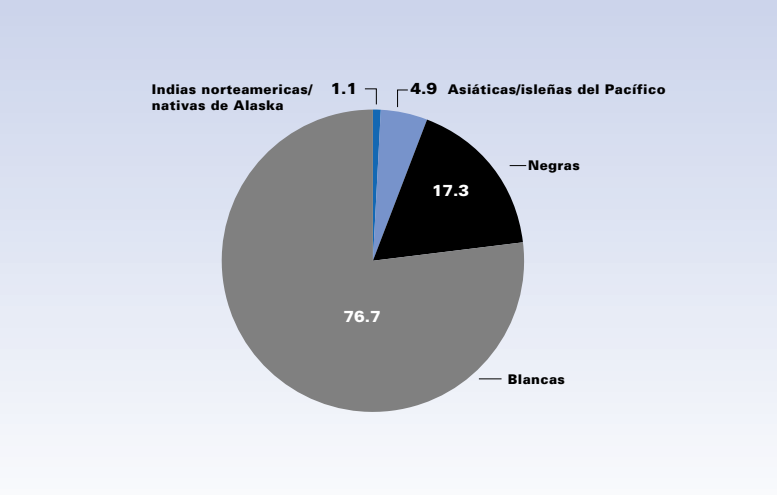
* El porcentaje puede que no sume 100 porque las personas menores de 65 años cubiertas por otros seguros públicos no están incluidas (Medicare y planes militares).

FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Acceso a seguros de salud: Mujeres de color

- Aunque las mujeres de color representan el 27 por ciento de todas las mujeres, eran el 23 por ciento (4.4 millones) de las cerca de 19 millones de mujeres no aseguradas de todas las edades en 1995 (45).
- Cada una de las subpoblaciones de mujeres de color, sin embargo, tenía más probabilidades de no estar aseguradas que las blancas (en 1995). Trece por ciento de las blancas no hispanas no estaban aseguradas, comparado con 17 por ciento de indias norteamericanas/nativas de Alaska, 18 por ciento de negras, 19 por ciento de asiáticas e isleñas del Pacífico y 30 por ciento de hispanas (45).
- Debido a las diferencias tanto en la probabilidad de estar casadas como en los tipos de empleo desempeñados por sus maridos (o sea, si la cobertura de seguro de salud para las personas a cargo está contemplado en el trabajo del marido), en 1990 las mujeres de color tenían menos probabilidades de tener cobertura de seguro indirectamente a través de sus maridos, que las mujeres blancas. Mientras el 32 por ciento de mujeres blancas no hispanas entre 18 y 64 años de edad reportaron esta cobertura indirecta, cerca de una quinta parte de asiáticas (22 por ciento) e hispanas (19 por ciento) reportaron lo mismo. Sólo el 12 por ciento de las mujeres negras de 18 a 64 años de edad reportaron cobertura indirecta de seguro de salud privado a través del marido (46).
- En 1990, al menos 30 por ciento de todos los grupos de mujeres (excepto hispanas) reportaron cobertura directa de seguro privado, proveniente de su empleador. Treinta y uno por ciento de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, 37 por ciento de negras no hispanas y 38 por ciento de blancas no hispanas reportaron cobertura directa de seguro de salud de este tipo.

GRÁFICA 28
Mujeres que no tenían cobertura de seguros de salud, según raza/etnia, 1995



FUENTE: Bureau of the Census. *Unpublished health insurance estimates, 1995.* Washington, DC, 1996.

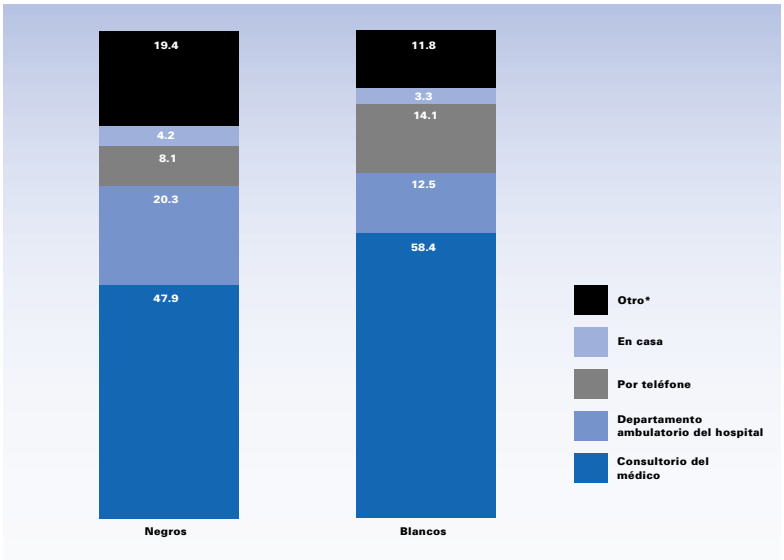
Sin embargo, un poco más de una cuarta parte (26 por ciento) de mujeres hispanas, reportaron cobertura directa de seguro de salud (46).

- La cobertura de seguro de salud público fue más común entre muchas mujeres de color en 1995, que entre blancas. Mientras el 27 por ciento de las blancas no hispanas y el 24 por ciento de las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico reportaron seguro público de salud, el 33 por ciento de hispanas y 40 por ciento de negras reportaron lo mismo. (45).
- La mezcla de cobertura de seguro público, más comúnmente Medicaid para los pobres y Medicare para las personas con impedimentos y los ancianos, varió entre los subgrupos de mujeres en 1995. La cobertura de Medicaid estaba entre el 30 por ciento para las mujeres negras y el 11 por ciento para las mujeres blancas no hispanas. Veintisiete por ciento de hispanas y 14 por ciento de asiáticas e isleñas del Pacífico reportaron también cobertura de Medicaid (45).
- La cobertura de Medicare (entre todos los grupos de edad, reflejando tanto los ancianos como las personas con impedimentos) se distribuyó en forma diferente a la cobertura de Medicaid entre las mujeres de color; tanto las mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico como las mujeres hispanas reportaron una participación pequeña (7 por ciento) en esta forma de seguro de salud en 1995. Participaciones algo más grandes de negras no hispanas (11 por ciento) y blancas no hispanas (16 por ciento) reportaron cobertura de Medicare (45).
- La cobertura de Medicare entre las ancianas (mujeres de 65 años y más) varió sólo ligeramente por subgrupo. Noventa y ocho por ciento de las mujeres blancas de 65 años y más reportaron tener cobertura de Medicare en 1995. Porcentajes iguales de mujeres negras e hispanas (94 por ciento) reportaron tener seguro de salud Medicare, en oposición a las mujeres asiáticas, de las cuales sólo el 86 por ciento reportó tener esta forma de seguro (45).

Obtención de los servicios de cuidado de salud

- El acceso al cuidado de salud incluye tanto el acceso a la cobertura del seguro de salud, como el acceso a los proveedores e instalaciones que brindan los servicios. El acceso adecuado a proveedores e instalaciones incluye la existencia de servicios convenientemente localizados y la disponibilidad de cuidado para niños (para permitir a las madres buscar atención médica), transporte y proveedores de cuidado de salud capaces de prestar atención competente y sensible (47).
- Después de obtener cobertura del seguro de salud, el primer paso consiste en hacer contacto con médicos u otros proveedores. El hallazgo de que las mujeres sin seguro de salud o cubiertas por Medicaid tenían cáncer de seno más avanzado en el momento del diagnóstico que las mujeres con seguro de salud privado, ilustra lo crítico que es el seguro de salud al momento de buscar atención médica (48).
- Más negros que blancos (20 por ciento versus 13 por ciento) reportaron que el departamento ambulatorio del hospital (incluyendo clínicas ambulatorias, salas de urgencia y otros contactos hospitalarios) era su lugar habitual de contacto de médicos en 1994, Cuarenta y ocho por ciento de negros y 58 por ciento de blancos reportaron que los consultorios médicos eran su lugar habitual de contacto con un proveedor de salud (1). Entre los hispanos, porcentajes sustancialmente más altos de puertorriqueños (que de mexicanos norteamericanos y cubanos norteamericanos), reportaron que las clínicas ambulatorias y las salas de urgencia eran su fuente habitual de cuidado de salud (35).
- Entre los asiáticos norteamericanos, el 22 por ciento de hogares coreanos en la parte sur de California reportaron que en algún momento desde su llegada a los Estados Unidos, un miembro de la familia había dejado de obtener el cuidado apropiado. Aunque la barrera más común es de tipo financiero, un 18 por ciento adicional de coreanos reportó no conocer dónde ir a buscar cuidado en determinado momento, desde que inmigraron a los Estados Unidos (49).

GRÁFICA 29
Distribución del porcentaje de los contactos con los médicos, según el lugar y la raza del paciente, 1994



* Otros incluyen clinicas o lugares fuera del hospital.

FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

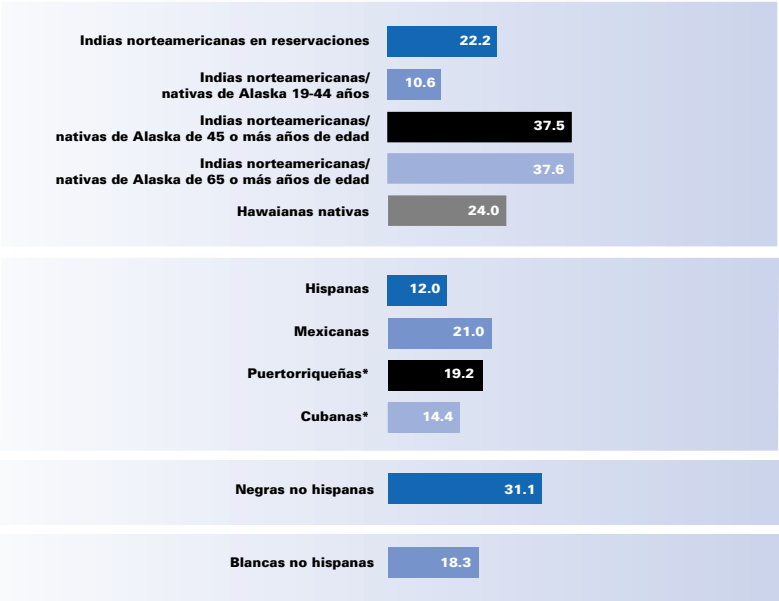
- Debido a su elegibilidad para el Servicio de Salud Indio, cerca del 55 por ciento de la población de indias norteamericanas/nativas de Alaska que viene en áreas de servicio del Servicio de Salud Indio, reportó que no tenían ni seguro de salud privado, ni cobertura pública (que no fuera a través del Servicio de Salud Indio) en 1987 (50).
- La falta de cobertura de seguro (distinto del Servicio de Salud Indio) algunas veces se vuelve un problema para los indios norteamericanos/nativos de Alaska, porque los servicios gubernamentales del cuidado de salud para indios norteamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas y en áreas rurales fuera de la reservación son muy limitados y descoordinados. Por ejemplo, los indios norteamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas pueden obtener tratamiento en las instalaciones de cuidado directo del Servicio de Salud Indio, pero no son elegibles para servicios más especializados que pueden ser suministrados en otras partes (por ejemplo servicios de cuidado "contratado"). En contraste, los indios norteamericanos/nativos de Alaska en o cerca de las reservaciones, quienes son por lo tanto elegibles para el rango completo de servicios del Servicio de Salud Indio, tienen acceso tanto a cuidado rutinario como a servicios de cuidado más especializados, por contrato (50).
- Los indios norteamericanos/nativos de Alaska que tienen seguros privados (menos de una tercera parte de esta población en 1987) tienen una opción que la mayoría de norteamericanos no tienen: obtener cuidado de salud a través de un sistema en el cual la elección de proveedores y servicios es limitada u obtener cuidado privado en otra parte. Las opciones para cuidado privado y tratamiento en las instalaciones del Servicio de Salud Indio están limitadas por las distancias que se deben recorrer para obtener cualquiera de los dos. Sin embargo, dado que los tiempos de espera reportados para tratamiento en las instalaciones del Servicio de Salud Indio exceden los tiempos de espera reportados para servicios con otros proveedores, los indios norteamericanos/nativos de Alaska con seguros privados prefieren a menudo buscar cuidado privado (50).

Morbilidad y mortalidad

Hipertensión

- Las personas se clasifican como hipertensas si su presión arterial sistólica promedio es superior a 140 mm Hg, su presión arterial diastólica promedio es superior a 90 mm Hg o reportan que toman medicinas para presión arterial elevada. La hipertensión, un importante factor de riesgo tanto para enfermedad coronaria como para enfermedades cerebrovasculares, incide sobre la salud de las mujeres negras mucho más que sobre la salud de otras mujeres de color (1).
- Entre 1988 y 1991, se encontró que el 31 por ciento de mujeres negras no hispanas eran hipertensas, más de 1.7 veces la tasa para mujeres blancas no hispanas y más de 1.5 veces la tasa para mujeres hispanas (12 por ciento) (1,51).
- Se ha sugerido que los hispanos, específicamente los mexicanos norteamericanos, exhiben tasas más bajas de hipertensión que otras poblaciones de los Estados Unidos, debido a una gran variedad de factores, que incluyen genética, estilo de vida y cultura. Más aún, cierta investigación ha demostrado que las mujeres mexicanas norteamericanas más educadas tienen tasas más bajas de hipertensión que las menos educadas (52,53).
- La prevalencia de hipertensión varía entre las subpoblaciones hispanas. Con base en los datos de 1982 a 1984 y de 1990, se estimó que el 21 por ciento de las mujeres mexicanas norteamericanas, 19 por ciento de las puertorriqueñas y 14 por ciento de las cubanas tenían hipertensión. A medida que las mujeres de estas subpoblaciones envejezcan, se predice que al menos 50 por ciento desarrollarán hipertensión (13,54).
- Entre las indias norteamericanas que viven en o cerca de reservaciones y son elegibles para servicios proporcionados o soportados por el Servicio de Salud Indio, 22 por ciento reportaron hipertensión en 1987. Mientras sólo el 11 por ciento de las indias norteamericanas/nativas de Alaska entre los 19 y los 44 años de edad tenían hipertensión, la prevalencia aumentó tres veces para las mujeres de 45 años y más. En 1987, el 38 por ciento de las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska, de 65 años y más eran hipertensas (55).
- En Hawai, las hawaianas nativas reportaron altas tasas de hipertensión y tenían mayor prevalencia que cualquier otro grupo en el estado. En 1985, 24 por ciento de las hawaianas nativas entre 20 y 59 años de edad tenían hipertensión. Porcentajes considerables de mujeres samoanas adultas en Hawai y California tienen también hipertensión; usando el criterio sistólico, 13 por ciento son hipertensas, mientras por el criterio diastólico el 18 por ciento son hipertensas (20,56,57,58).
- Poblaciones selectas de asiáticos e isleños del Pacífico experimentan altas tasas de hipertensión y tienen menos probabilidades de estar conscientes de que tienen la enfermedad o de estar bajo supervisión médica, que los miembros de otros grupos raciales/étnicos. Estudios de 1978-1985 y de 1991 estimaron la prevalencia de hipertensión en comunidades asiáticas norteamericanas en California. Las mujeres vietnamitas y filipinas (14 por ciento y 10 por ciento, respectivamente) tienen las tasas más altas de hipertensión, seguidas por japonesas norteamericanas (9 por ciento) y chinas norteamericanas (8 por ciento) (20).
- Las mujeres filipinas de más de 50 años de edad que viven en California, tienen una prevalencia de hipertensión ligeramente más elevada (65 por ciento) que las mujeres negras del mismo grupo de edad (63 por ciento) (59).

GRÁFICA 30
Hipertensión entre las mujeres, según raza/etnia, 1987 a 1991
Porcentaje

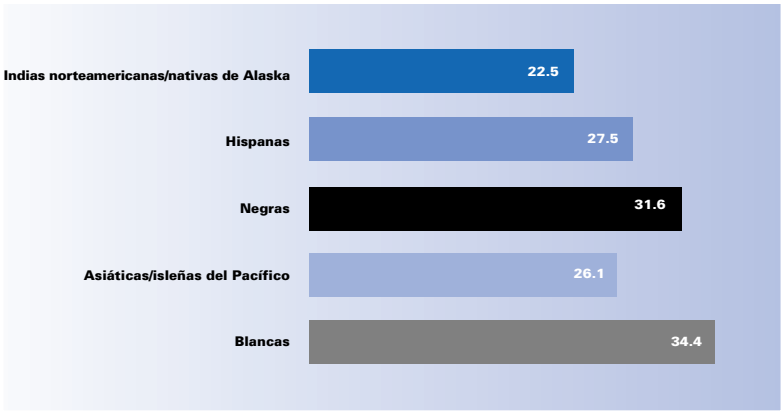


* Datos del Estudio Nacional sobre la Salud y la Nutrición de las Hispananas, 1982-1984.

FUENTES: National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations, *Hispanic women's health: A nuestros numeros fact sheet,* Washington, DC: COSSMHO, 1996. National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996. Horton JA (ed), *The women's health data book: A profile of women's health in the United States,* Second edition, Washington, DC: The Jacobs Institute of Women's Health, 1995. Tamir A, Cachola S, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds), *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans,* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 209-247.

- El embarazo induce hipertensión en algunas mujeres de color. En un estudio de cerca de 600 mujeres navajo del sudoeste, el 11 por ciento experimentó hipertensión relacionada con el embarazo (60).
- Aunque bastante más del 95 por ciento de mujeres mexicanas norteamericanas, cubanas y puertorriqueñas hipertensas tenían conocimiento de su condición, sólo el 86 por ciento de puertorriqueñas y mexicanas norteamericanas y 79 por ciento de cubanas, reportaron que recibían el tratamiento necesario (1982-1984). Más aún, sólo el 44 por ciento de mexicanas norteamericanas, 42 por ciento de puertorriqueñas y 30 por ciento de cubanas tenían su hipertensión bajo control (54).

GRÁFICA 31
Porcentaje de muertes entre mujeres, debidas a enfermedades del corazón, según raza/etnia, 1993



FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995,* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

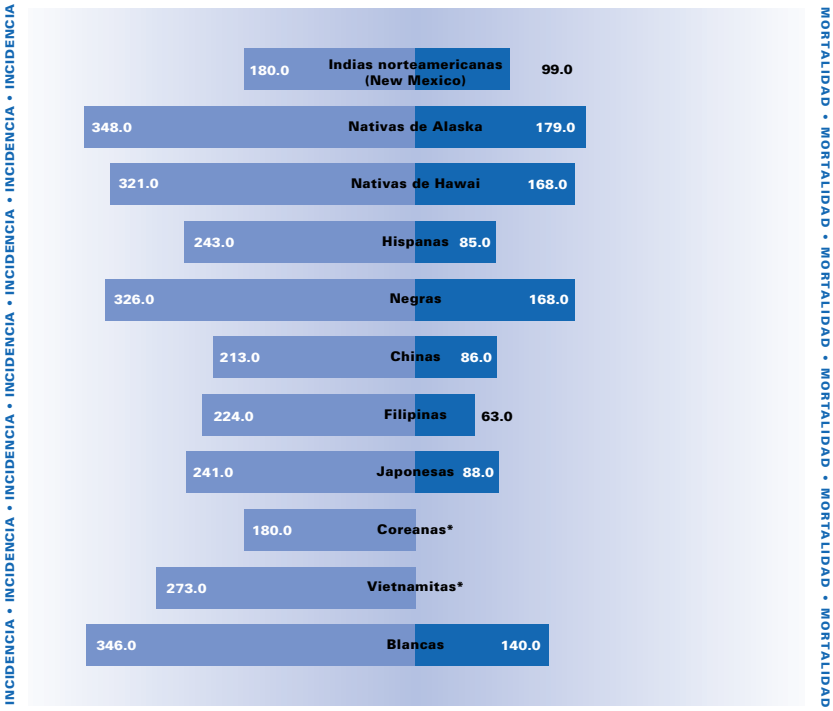
Enfermedad cardiovascular

- Diabetes, hipertensión, altos niveles de colesterol, obesidad, falta de ejercicio y tabaquismo son todos factores de riesgo para enfermedad cardíaca. Aunque diversos factores de riesgo afectan las diferentes subpoblaciones de mujeres de color, la enfermedad cardiovascular fue la causa principal de muerte para negras, hispanas, indias norteamericanas/nativas de Alaska y blancas en 1993. La enfermedad cardíaca fue la segunda causa principal de muerte entre las mujeres asiáticas norteamericanas (1,10,17,61).
- Las 385.548 muertes debido a enfermedades del corazón entre mujeres, en 1993, se distribuyen como sigue: blancas (86 por ciento), negras (cerca de 11 por ciento), hispanas (cerca de 3 por ciento), asiáticas e isleñas del Pacífico (menos de 1 por ciento) e indias norteamericanas/nativas de Alaska (menos del 1 por ciento) (1).
- La enfermedad cardíaca representó considerables participaciones de muertes entre las mujeres en 1993: mujeres blancas (34 por ciento), negras (32 por ciento), hispanas (28 por ciento), asiáticas e isleñas del Pacífico (26 por ciento) e indias norteamericanas/nativas de Alaska (23 por ciento). Proporcionalmente menos negras y blancas murieron por enfermedad cardíaca en 1993 que en 1980 (cerca del 3 por ciento y más del 5 por ciento menos, respectivamente). Sin embargo, una proporción más grande de indias norteamericanas/nativas de Alaska (1 por ciento más) y asiáticas e isleñas del Pacífico (0.5 por ciento más) murieron por enfermedad cardiovascular en 1993, que en 1980 (1).
- Las mujeres negras tienen la tasa más alta ajustada por edad, de enfermedad cardíaca (más de 164 por 100.000), 1.7 veces la de las mujeres blancas no hispanas (cerca de 99 por 100.000). La tasa de mortalidad fue cerca de 74 por 100.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska, seguidas de 70 por 100.000 hispanas y cerca de 56 por 100.000 asiáticas e isleñas del Pacífico (1).

Cánceres

- Los cánceres son la segunda causa importante de muerte para mujeres de color, excepto para mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, para quienes son el asesino número uno (1).
- Durante el periodo de 1988-1992, la incidencia de todos los cánceres por 100.000 mujeres fue desde 348 entre mujeres nativas de Alaska y 346 entre mujeres blancas, hasta 180 entre indias norteamericanas y coreanas norteamericanas. Otros grupos de mujeres que reportan altas incidencias globales de cáncer fueron las mujeres negras, 326 casos por 100.000 y las hawaianas nativas, 321 casos por 100.000 (62).
- Durante el periodo de 1988-1992, también variaron las tasas de mortalidad por todos los tipos de cáncer entre las mujeres de color. La tasa de mortalidad más alta (así como la incidencia más alta) fue reportada por mujeres nativas de Alaska (179 por 100.000), con la tasa más baja de mortalidad reportada entre las filipinas norteamericanas (63 por 100.000). Al igual que la incidencia, altas tasas de mortalidad por todos los cánceres fueron reportadas por mujeres negras y hawaianas nativas (168 muertes por 100.000 mujeres, para ambos grupos) (62).
- La tasa de mortalidad por cáncer entre las indias norteamericanas, es más baja que para la población general. Sin embargo, las indias norteamericanas/nativas de Alaska en áreas del Servicio de Salud Indio seleccionadas: Alaska; Aberdeen (que incluye Dakota del Sur, Dakota del Norte, Nebraska, y Iowa); Bemidji (que incluye Minnesota, Wisconsin, Michigan, e Indiana); y Billings (que incluye Montana y Wyoming), tienen tasas de mortalidad por cáncer más altas que entre la población femenina total de los Estados Unidos (63).
- Las tasas de supervivencia a cinco años para todos los cánceres, fueron más elevadas para mujeres blancas que para mujeres negras, durante el periodo de 1986-1991. Más de tres quintas partes (61 por ciento) de mujeres blancas sobreviven cinco años después del diagnóstico de cáncer, mientras menos de la mitad de las mujeres negras (47 por ciento) sobreviven este tiempo (62).

FIGURE 32
Incidencia y mortalidad entre las mujeres, de todos los tipo de cáncer, según raza/etnia, 1988-1992
entre una población de 100.000



* No hay disponibles tasas de mortalidad.

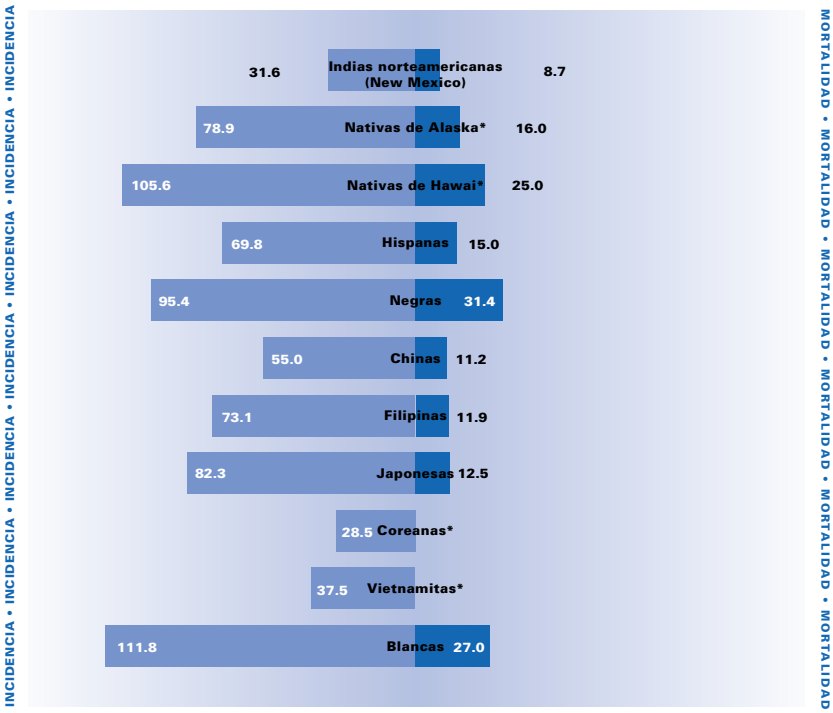
FUENTE: Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds), *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992*, NIH publication no. 96-4104, Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1996.

- Los dos principales asesinos de mujeres son el cáncer del seno y los cánceres del pulmón y bronquios. Las tasas de mortalidad por estas dos formas de cáncer varían entre las mujeres de color, siendo las tasas casi iguales dentro de algunos grupos y bastante diferentes para otros grupos (1988-1992). Por ejemplo, las tasas de mortalidad para estos cánceres fueron iguales para las mujeres negras norteamericanas (31 por 100.000, tanto para cáncer del seno como para cáncer del pulmón y los bronquios) y para las japonesas norteamericanas (13 por 100.000, tanto para cáncer del seno como para cáncer del pulmón y bronquios). Sin embargo, las tasas de muerte para estos tipos de cánceres difieren para las hawaianas nativas (25 por 100.000 para cáncer del seno y 44 por 100.000 para cánceres del pulmón y bronquios) y para nativas de Alaska (16 por 100.000 para cáncer de seno y 45 por 100.000 para cánceres de pulmón y bronquios) (62).
- Los cánceres en otras partes del cuerpo se encuentran con frecuencias variables entre las mujeres de color. El cáncer colorrectal y los cánceres renales son más comunes y más mortales para las mujeres nativas de Alaska. El cáncer del estómago golpea a las mujeres vietnamitas y mata hawaianas nativas más a menudo que a otras mujeres de color. El cáncer de la tiroides se encuentra más a menudo en las mujeres filipinas, mientras las coreanas norteamericanas tienen cánceres hepáticos y de las vías biliares más frecuentemente que otras mujeres. El cáncer del páncreas tiene una incidencia más alta y tasas de mortalidad más elevadas entre las mujeres norteamericanas, que entre otras mujeres de color (62).

CÁNCER DEL SENO

- Las mujeres blancas (112 por 100.000) y las hawaianas nativas (106 por 100.000), reportaron la más alta incidencia de cáncer del seno, mientras las coreanas norteamericanas (29 por 100.000) reportaron la más baja incidencia (1988-1992). Las indias norteamericanas en Nuevo México (32 por 100.000) y las vietnamitas (38 por 100.000), también reportaron una baja incidencia (62).
- Las negras norteamericanas (95 por 100.000) tienen una incidencia más baja de cáncer de seno que las blancas o las hawaianas nativas, aunque la incidencia entre negras de menos de 40 años es más alta que para blancas (62,64).
- Ochenta y dos casos de cáncer del seno fueron reportados por cada 100.000 mujeres japonesas norteamericanas (entre 1988 y 1992). Las nativas de Alaska (79 por 100.000), las filipinas norteamericanas (73 por 100.000), y las hispanas (70 por 100.000) estuvieron todas en el medio entre las incidencias más altas y las más bajas de cáncer del seno entre las mujeres de color (62).
- Entre 1982 y 1985, la incidencia de cáncer de seno ajustada por edad entre mujeres hispanas en el condado de Los Ángeles, Denver, la ciudad de Nueva York y el condado Dade (FL) estuvieron entre 50 por 100.000 mujeres (Denver) y 67 por 100.000 mujeres (condado Dade, FL (65). Las mexicanas norteamericanas reportaron una tasa de cáncer del seno (52 por 100.000), más baja que otras mujeres hispanas en estos lugares (13).
- La tasa más elevada de mortalidad por cáncer del seno fue reportada por las mujeres negras norteamericanas (31 por 100.000), cuya incidencia fue más baja que la de las blancas. Entre 1989 y 1992, aunque hubo un descenso del 5 por ciento en la mortalidad debido a cáncer del seno entre mujeres blancas, entre las mujeres negras hubo un aumento de 2 por ciento en la tasa de mortalidad (62,64).
- Las mujeres blancas (27 por 100.000) y las hawaianas nativas (25 por 100.000) reportaron las siguientes tasas más altas de mortalidad por cáncer del seno, después de las mujeres negras.

GRÁFICA 33
Incidencia y mortalidad de cáncer del seno entre las mujeres, según raza/etnia, 1988-1992
entre una población de 100.000



* No hay disponibles tasas de mortalidad.

FUENTE: Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds). *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992*. NIH publication no. 96-4104. Bethesda, MD:

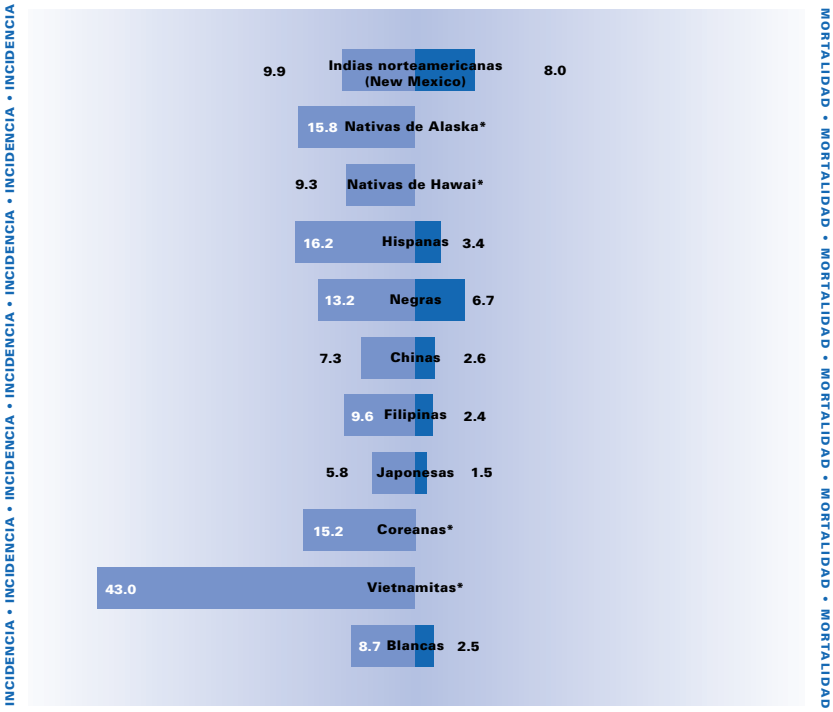
Las tasas de mortalidad por cáncer del seno entre las mujeres nativas de Alaska (16 por 100.000) y las hispanas (15 por 100.000) estaban en la mitad de la distribución (62).

- Aunque las indias norteamericanas en Nuevo México reportan tanto la más baja incidencia (32 por 100.000) y la más baja tasa de mortalidad (9 por 100.000) entre las poblaciones para las cuales se coleccionaron datos en el Registro Nacional del Cáncer, las más altas tasas de muerte por cáncer del seno son reportadas entre indias norteamericanas en otras áreas del Servicio de Salud Indio (62). Específicamente, una tasa de mortalidad ajustada por edad, de 25 por 100.000 fue reportada para las mujeres indias norteamericanas en el área de servicio de Aberdeen (Dakota del Norte, Dakota del Sur, Nebraska, y Iowa) en 1991-1993; una tasa de 21 por 100.000 fue reportada en el área de servicio de Billings (Montana y Wyoming) durante el mismo periodo. La mortalidad por cáncer del seno entre las indias norteamericanas en el área de servicio de Albuquerque (que incluye partes de Colorado, Nuevo México, y Texas), 7 por 100.000, fue más baja que la reportada en el Registro Nacional del Cáncer para Nuevo México solamente (3).
- Las mujeres asiáticas norteamericanas tienen una tasa de mortalidad por cáncer de seno de 13 por 100.000 mujeres, más baja que las tasas para otras mujeres (ej., blancas, negras, hispanas y norteamericanas nativas) (66).
- Las tasas de supervivencia a cinco años con cáncer del seno, reflejan la mortalidad mencionada anteriormente. Ochenta y cuatro por ciento de mujeres blancas sobreviven cinco años después de su diagnóstico de cáncer del seno, aunque sólo 70 por ciento de hispanas y 69 por ciento de negras sobreviven la misma cantidad de tiempo (62,64,67).

CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

- La incidencia de cáncer del cuello del útero varía entre las mujeres de color, desde un bajo 6 por 100.000 mujeres japonesas norteamericanas, hasta un alto 43 por 100.000 mujeres vietnamitas norteamericanas (1988-1992) (62).
- Otras mujeres con bajas incidencias de cáncer del cuello del útero incluyen: chinas (7 por 100.000), blancas (9 por 100.000), hawaianas nativas (9 por 100.000), filipinas (10 por 100.000), e indias norteamericanas en Nuevo México (10 por 100.000) (62).
- Las mujeres negras (13 casos por 100.000), coreanas (15 casos por 100.000), hispanas (16 casos por 100.000), y nativas de Alaska (16 casos por 100.000), tuvieron más probabilidades de desarrollar cáncer del cuello del útero que las otras mujeres asiáticas norteamericanas y nativas norteamericanas mencionadas anteriormente, pero menos probabilidad de desarrollarlo que las mujeres vietnamitas norteamericanas (62).
- La incidencia de cáncer del cuello del útero para hispanas en el condado de Los Angeles, Denver, la ciudad de Nueva York, Nueva Jersey, y el condado Dade (FL) va desde un bajo 10 por 100.000 (condado Dade, FL) hasta un alto 39 por 100.000 (Nueva Jersey). La incidencia en el condado Dade refleja principalmente las mujeres cubanas, mientras que la tasa de Nueva Jersey refleja principalmente las mujeres puertorriqueñas. Las tasas en los otros tres lugares estuvieron alrededor de 20 por 100.000 mujeres (65).
- Aunque las indias norteamericanas en Nuevo México tenían una baja incidencia de cáncer del cuello del útero, su tasa de mortalidad fue la más alta reportada entre los grupos de mujeres en el Registro Nacional de Cáncer, 8 por 100.000 (1988-1992). Sin embargo, cuando se examinó la mortalidad ajustada por edad para las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska en las áreas del Servicio de Salud Indio durante 1991-1993, la tasa de mortalidad más alta reportada fue para el área de servicio de Aberdeen (Dakota del Norte, Dakota del Sur, Nebraska, y Iowa), más de 14 muertes por 100.000 indias norteamericanas. En Alaska y el área de servicio navajo (cuatro esquinas de los estados de Utah, Colorado, Nuevo México y Arizona), se reportaron 6 muertes por 100.000 mujeres. La tasa de mortalidad (0.8 por 100.000) reportada entre mujeres indias norteamericanas viviendo en el área del Servicio de Salud Indio en Albuquerque (partes de Nuevo México, Colorado, y Texas), fue más baja que la tasa reportada por el Registro Nacional de Cáncer para indias norteamericanas en Nuevo México (8 por 100.000) (3,62).
- La tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero para indias norteamericanas/nativas de Alaska es alta, dado que a menudo son diagnosticadas más tarde y tienen una tasa de supervivencia más baja que otras mujeres (68).
- Las mujeres negras reportan la segunda tasa más alta de cáncer del cuello del útero (7 por 100.000). Las tasas de mortalidad para todos los demás grupos de mujeres (aparte de negras e indias norteamericanas/nativas de Alaska) son de 3 por 100.000 mujeres o menos (62).
- La tasa de supervivencia a cinco años para blancas excede la de las negras, para cáncer del cuello del útero. Durante el periodo de 1986-1991 más del 71 por ciento de las mujeres blancas, pero sólo el 56 por ciento de las mujeres negras, sobrevivieron cinco años después del diagnóstico de cáncer del cuello del útero (62).

GRÁFICA 34
Incidencia y mortalidad de cáncer del cuello del útero entre las mujeres, según raza/etnia, 1988-1992
entre una población de 100.000



* No hay disponibles tasas de mortalidad.

FUENTE: Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds), *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992*, NIH publication no. 96-4104, Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1996.

CÁNCER DEL PULMÓN Y LOS BRONQUIOS

- Durante el periodo de 1988-1992, la incidencia de cáncer del pulmón y bronquios estuvo entre un bajo 15 por 100.000 mujeres japonesas norteamericanas y un alto 51 por 100.000 nativas de Alaska (62).
- La incidencia fue también alta entre mujeres blancas (42 por 100.000), hawaianas nativas (43 por 100.000), y negras (44 por 100.000) (62).
- Tasas relativamente bajas de cánceres del pulmón y bronquios fueron reportadas por coreanas (16 por 100.000), filipinas (18 por 100.000), e hispanas (20 por 100.000) (62).
- Las incidencias de cáncer del pulmón, ajustadas por edad, entre hispanas en el condado de Los Ángeles, Denver, la ciudad de Nueva York, Nueva Jersey y el condado Dade (FL) entre 1982 y 1985 se distribuyen entre 14 por 100.000 en la ciudad de Nueva York y 19 por 100.000 en el condado de Los Ángeles (65).
- Las tasas más altas de muertes por cáncer del pulmón y bronquios entre 1988 y 1992, fueron reportadas por las mujeres nativas de Alaska (45 por 100.000) y las hawaianas nativas (44 por 100.000) (62).
- En años recientes, la mortalidad por cáncer del pulmón aumentó marcadamente para las mujeres indias norteamericanas/nativas de Alaska viviendo en las siguientes áreas de del Servicio de Salud Indio: Alaska, Aberdeen (Dakota del Norte, Dakota del Sur, Nebraska, y Iowa), Billings (Montana y Wyoming), y Bemidji (Minnesota, Wisconsin, Michigan e Indiana). En estos sitios, las tasas de mortalidad por cáncer del pulmón han aumentado desde por debajo del promedio nacional hasta 1.5-2.5 veces la tasa de los Estados Unidos. Las tasas para mujeres indias norteamericanas en Arizona y Nuevo México han permanecido relativamente fijas, en menos de una tercera parte de la tasa nacional (69).
- Las tasas de mortalidad por cánceres pulmonares y bronquiales entre negras y blancas son iguales, 32 por 100.000 (62).
- Las tasas más bajas de mortalidad debido a cáncer del pulmón y bronquios entre mujeres son: 10 por 100.000 mujeres filipinas y 11 por 100.000 mujeres hispanas (62).

GRÁFICA 35
Incidencia y mortalidad de los cánceres del pulmón y los bronquios entre mujeres, según raza/etnia, 1988-1992
entre una población de 100.000

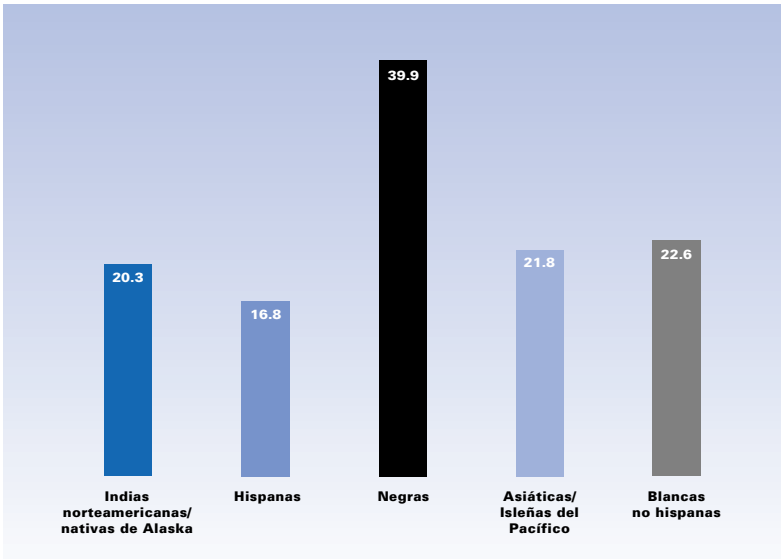
* No hay disponibles tasas de mortalidad.

FUENTE: Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds), *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992*, NIH publication no. 96-4104, Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1996.

Enfermedades cerebrovasculares

- Las enfermedades cerebrovasculares fueron la tercera causa de muerte para la mayoría de las mujeres, excepto para las indias norteamericanas/nativas de Alaska (para quienes fue la quinta causa de muerte). En 1993, al menos 93.282 mujeres murieron por estas enfermedades (1).
- La tasa de mortalidad para enfermedades cerebrovasculares, principalmente apoplejías, entre las mujeres negras, es cerca del doble que para todas las demás mujeres, sin importar la edad (cerca de 40 por 100.000 mujeres, ajustado por edad). En 1993, las tasas de muerte por enfermedades cerebrovasculares, ajustadas por edad, entre las mujeres de color fueron: cerca de 23 por 100.000 blancas no hispanas, cerca de 22 por 100.000 asiáticas e isleñas del Pacífico, más de 20 por 100.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska, y un poco menos de 17 por 100.000 mujeres hispanas (1).
- Entre 1980 y 1993, la proporción de todas las muertes de mujeres, debido a enfermedades cerebrovasculares, disminuyeron para las asiáticas e isleñas del Pacífico (de cerca de 12 por ciento a cerca de 10 por ciento), para negras (de casi 11 por ciento a casi 8 por ciento), y para blancas (de 11 por ciento a más de 8 por ciento). Esta proporción permaneció casi constante para indias norteamericanas/nativas de Alaska (alrededor del 6 por ciento) (1).

GRÁFICA 36
Tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares entre las mujeres, según raza/etnia, 1993
entre una población de 100.000

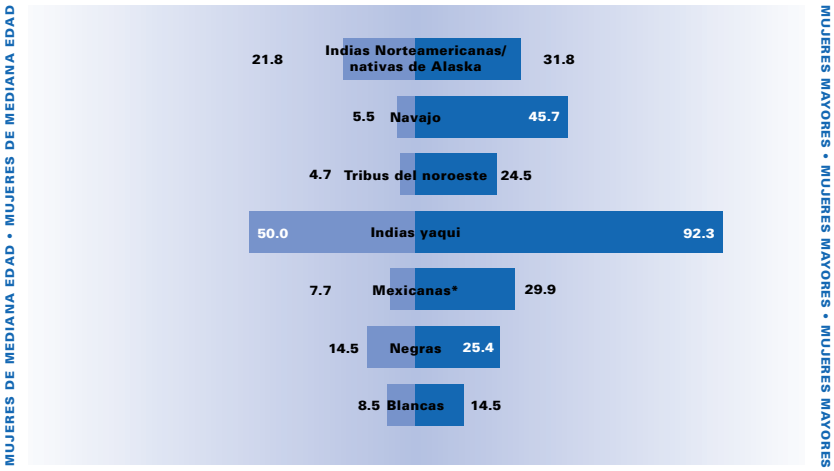


FUENTE: National Center for Health Statistics, *Health United States, 1995*, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996.

Diabetes Mellitus

- La diabetes mellitus, una condición crónica caracterizada por un metabolismo anormal de la glucosa, es un importante problema de salud y la causa del aumento de mortalidad entre las mujeres de color. La diabetes afecta principalmente el sistema circulatorio y frecuentemente está asociada con enfermedades como la arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias) y falla renal (70).
- Las mujeres mayores tienen más probabilidades de tener diabetes, que las mujeres de mediana edad. La diferencia entre las participaciones de mujeres yaqui y navajo de mediana edad y ancianas, con diabetes, está cerca del 40 por ciento. Esto es casi cuatro veces más grande que las diferencias entre las participaciones de mujeres de otras tribus de indias norteamericanas/nativas de Alaska y de negras de mediana edad y ancianas, con diabetes. Hay una diferencia de sólo 6 por ciento entre las participaciones de mujeres blancas de mediana edad y ancianas con esta enfermedad (10,11,55).
- Las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las mexicanas norteamericanas ancianas están en el grupo con mayor probabilidad de tener diabetes (32 por ciento y 30 por ciento, respectivamente), seguidas por las negras (25 por ciento) y las blancas (15 por ciento) (10,11,55).
- La prevalencia más alta de diabetes se encontró entre las indias yaqui. Cincuenta por ciento de mujeres yaqui entre 35 y 54 años de edad y 92 por ciento de mujeres yaqui entre 55 y 64 años de edad eran diabéticas (1990). La prevalencia de diabetes entre indias Pima iba desde un bajo 15 por ciento (entre mujeres de 24 a 34 años de edad), hasta un alto de 68 por ciento (entre mujeres de 55 a 64 años de edad) (1965-1975). Por otra parte, las mujeres nativas de Alaska tienden a tener una prevalencia mucho más baja de diabetes. Entre las nativas de Alaska, las aleutianas de 65 años de edad y más, en 1985, tenían la proporción más grande de mujeres diabéticas (sólo 12 por ciento) (10).

GRÁFICA 37
Prevalencia de diabetes entre las mujeres de mediana y mayor edad, según raza/etnia, 1985 a 1989
Porcentaje



* Datos de 1979 a 1988.

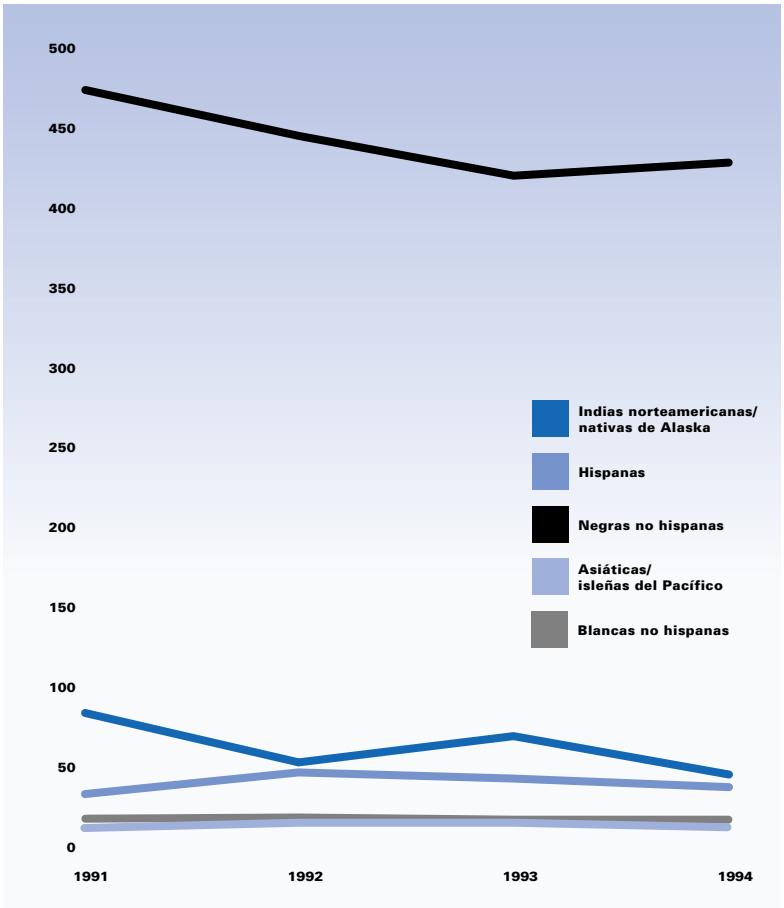
FUENTES: Ellis JL, Campos-Outcalt D, Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review, *Am J Prev Med* 1994; 10(5):295-307. Crews DE, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds), *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 174-207. Johnson A, Taylor A, *Prevalence of chronic diseases: A summary of data from the Survey of American Indians and Alaska Natives*, National Medical Expenditure Survey Data Summary 3, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD: US Public Health Service, 1991.

- Mucho más de una tercera parte de los hawaianos nativos (de ambos sexos), son diabéticos. Otras mujeres isleñas del Pacífico reportan también una alta prevalencia de diabetes (11).
- Dieciséis por ciento de mujeres puertorriqueñas y 15 por ciento de mexicanas norteamericanas (45 a 74 años) reportaron tener diabetes (1982-1984). Sin embargo, a mayor aculturación, se presenta menos obesidad y una prevalencia más baja de diabetes entre las mexicanas norteamericanas (13,15).
- Los resultados de salud de los negros (tanto hombres como mujeres) con diabetes, son mucho más malos que los de los blancos. Los negros tienen más probabilidad de sufrir ceguera, amputaciones, desarrollar insuficiencia renal en la etapa final y morir por diabetes (70).
- Desde 1990 a 1992 y en 1993, las tasas de mortalidad por diabetes entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las negras no hispanas, fueron cerca de tres veces las de las mujeres blancas no hispanas: 28 por 100.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska y 27 por 100.000 mujeres negras, versus 10 por 100.000 mujeres blancas (1,71).
- Las manifestaciones de diabetes mellitus varían sólo ligeramente entre las mujeres de color. Aunque la diabetes gestacional (la diabetes que afecta a una mujer embarazada), está presente sólo en 1 a 3 por ciento de todos los embarazos en las poblaciones blancas y negras, la mortalidad perinatal (mortalidad infantil al nacer) para mujeres negras con diabetes, es tres veces la de las mujeres blancas con diabetes. En un estudio en navajos, la diabetes gestacional se identificó en 6 por ciento de todos los embarazos. De las madres indias norteamericanas/nativas de Alaska con diabetes gestacional, cerca de 60 por ciento desarrollan diabetes constante en los 16 años siguientes al parto (68,72).

Enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres de color

- Una de cada 100 mujeres negras no hispanas contrajo gonorrea en 1994, comparado con poco más de 1 en 1.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska y poco menos que 1 en 1.000 mujeres hispanas. Las tasas de gonorrea reportadas para blancas no hispanas y asiáticas norteamericanas fueron considerablemente más bajas (cerca de 84 por 100.000 y 26 por 100.000, respectivamente) (73).
- La tasa de gonorrea alcanza su mayoria entre los 15 y los 19 años de edad y desciende en forma uniforme para las mujeres de color de 20 a 65 años de edad. La incidencia entre las mujeres negras no hispanas fue en promedio 38 veces la de las asiáticas norteamericanas, 26 veces la de las blancas no hispanas, 12 veces la de las hispanas y 8 veces la de las indias norteamericanas/nativas de Alaska (73).
- Las tasas de gonorrea entre mujeres negras de 35-39 años fueron también considerablemente mayores que entre otros grupos de mujeres. La tasa de cerca de 426 casos por 100.000 mujeres negras no hispanas en 1994 fue más de 20 veces la tasa entre mujeres blancas no hispanas (18 por 100.000) y 10 veces la tasa entre mujeres hispanas (40 por 100.000). La incidencia de gonorrea entre las indias norteamericanas/nativas de Alaska, 49 por 100.000, está en un distante segundo lugar después de la tasa de las mujeres negras no hispanas en 1994 (73).
- Entre las mujeres de más de 65 años de edad, menos de 1 por 100.000 mujeres blancas no hispanas e indias norteamericanas/nativas de Alaska adquirieron gonorrea en 1994. En comparación, cerca de 5 por 100.000 asiáticas norteamericanas, más de 11 por 100.000 mujeres hispanas y casi 22 por 100.000 mujeres negras no hispanas en este grupo de edad contrajeron gonorrea (73).
- Desde 1991 a 1994, la tasa de sífilis descendió entre todas las mujeres de color. Con respecto a 1991, la cantidad de mujeres que contrajeron sífilis en 1994 se redujo a una tercera parte para las hispanas y aproximadamente a la mitad para las negras no hispanas, indias norteamericanas/nativas de Alaska, asiáticas norteamericanas y blancas no hispanas. (73).
- En 1994 la tasa global de sífilis entre mujeres de color fue más alta entre negras no hispanas (más de 55 por 100.000) y más baja entre asiáticas norteamericanas y mujeres blancas no hispanas (ambas menos de 1 por 100.000). Tres por 100.000 mujeres hispanas y más de 2 por 100.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska contrajeron también sífilis ese año (73).
- Las mujeres negras tienen seis veces más probabilidades que las mujeres blancas de ser infectadas con el virus del herpes simple tipo 2 (74).
- La enfermedad inflamatoria pélvica (PID, por sus siglas en inglés), una infección transmitida sexualmente, ataca el tracto reproductor alto de las mujeres y puede llevar a embarazos ectópicos y a cicatrizaciones en las trompas de Falopio. Las mujeres de color reportaron una tercera parte de todos los casos de enfermedad inflamatoria pélvica y la incidencia de embarazos ectópicos en mujeres negras fue 1.5 veces más que la de las demás mujeres de color (74).

GRÁFICA 38
Gonorrea entre mujeres de 35-39 años de edad, según raza/etnia, 1991-1994
entre una población de 100.000

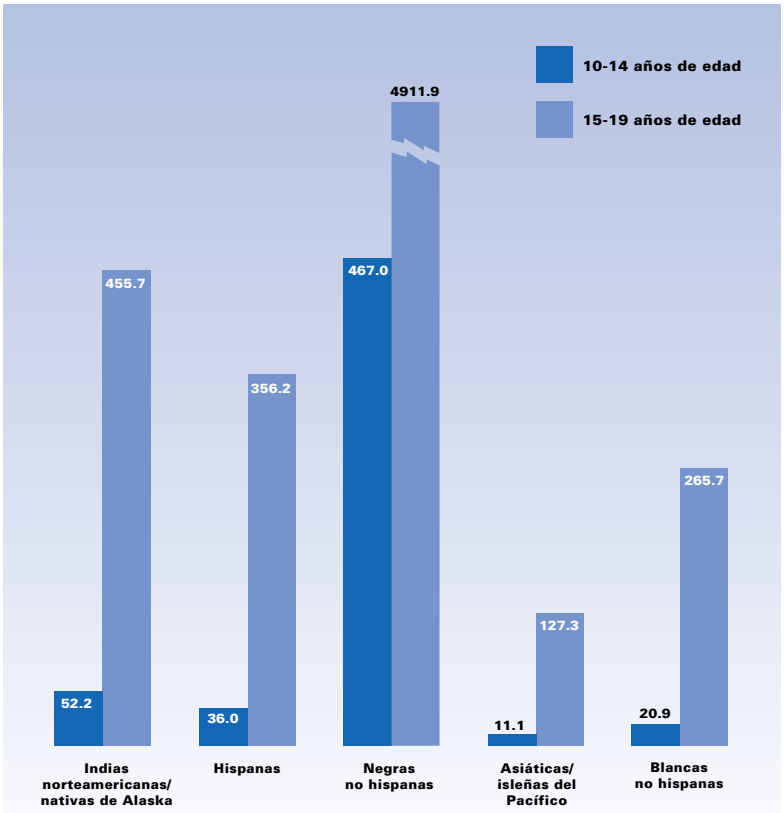


FUENTE: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Division of STD Prevention, *Sexually transmitted disease surveillance, 1994,* Atlanta, GA: CDC, September 1995.

Enfermedades de transmisión sexual entre las adolescentes de color

- En 1994, la tasa de gonorrea por 100.000 niñas negras no hispanas (10 a 14 años de edad) fue de 467, cerca de nueve veces la tasa de gonorrea entre niñas indias norteamericanas/nativas de Alaska (más de 52 por 100.000). Las niñas asiáticas e isleñas del Pacífico tuvieron la tasa más baja de gonorrea (11 por 100.000), seguidas por niñas blancas no hispanas (21 por 100.000) y niñas hispanas (36 por 100.000) (73).
- La incidencia de gonorrea entre las adolescentes mayores (15 a 19 años de edad) fue 10 veces la de las niñas de 10 a 14 años de edad. La tasa reportada de gonorrea entre mujeres de 15 a 19 años de edad estuvo entre un bajo 127 por 100.000 (para asiáticas e isleñas del Pacífico) y un alto de cerca de 4.912 por 100.000 (para negras no hispanas) (73).
- Las jóvenes blancas no hispanas, las hispanas y las indias norteamericanas/nativas de Alaska de 15 a 19 años de edad, tuvieron incidencias de gonorrea más cercanas a la tasa para asiáticas e isleñas del Pacífico, que a la tasa para negras norteamericanas. La incidencia de gonorrea entre niñas blancas no hispanas fue de cerca de 266 por 100.000, comparada con 356 por 100.000 entre hispanas y cerca de 456 por 100.000 indias norteamericanas/nativas de Alaska (73).
- Las niñas hispanas, asiáticas e isleñas del Pacífico, indias norteamericanas/nativas de Alaska y blancas no hispanas de 10 a 14 años de edad, reportaron una muy baja incidencia de sífilis en 1994 (menos de 1 por 100.000). Las tasas de sífilis para mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, de estos mismos grupos raciales/étnicos, fueron también bajas: menos de 3 por 100.000. Por otra parte, la tasa para niñas negras no hispanas de 10 a 14 años de edad fue más de 7 por 100.000. Además, las mujeres negras no hispanas de 15-19 años de edad contrajeron sífilis a una tasa significativamente más alta (casi 108 por 100.000) (73).

GRÁFICA 39
Gonorrea entre las mujeres adolescentes, según raza/etnia, 1994
entre una población de 100.000

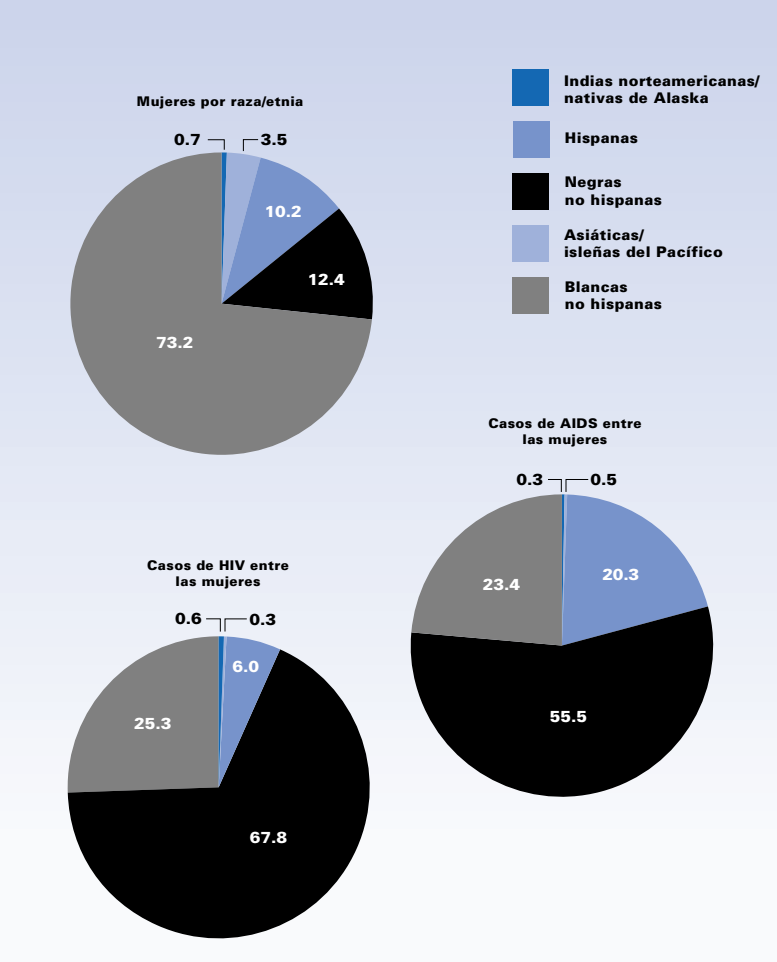


FUENTE: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Division of STD Prevention, *Sexually transmitted disease surveillance, 1994,* Atlanta, GA: CDC, September 1995.

Infección HIV y SIDA

- El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) que ocasiona el síndrome de inmunodeficiencio adquirida (SIDA) ha infectado un número creciente de mujeres desde 1981, cuando se identificó y rastreó por primera vez como una enfermedad infecciosa. Entre 1985 y 1995, la proporción de casos de SIDA reportados, ocurridos entre mujeres, aumentó de 7 a 19 por ciento; afectando la enfermedad a las mujeres de color en forma desproporcionada (75).
- Entre 1981 y 1996, los centros para Prevención y Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) habían recibido reportes de 20.302 casos de infección HIV y 85.500 casos de SIDA entre mujeres y adolescentes de 13 años de edad y más.
- La mayoría de estos casos fueron entre mujeres negras e hispanas. Aunque las mujeres negras son sólo el 12 por ciento de todas las mujeres, representan el 68 por ciento de todos los casos de infección HIV y 56 por ciento de todos los casos de SIDA reportados entre mujeres, de 1981 a 1996. De forma similar, aunque sólo son el 10 por ciento de todas las mujeres, las mujeres hispanas representaron el 6 por ciento de todos los casos de infección HIV y el y 20 por ciento de todos los casos de SIDA reportados entre mujeres (76).
- Entre mujeres, los dos métodos principales de transmisión de la infección HIV son el uso de drogas inyectables y el contacto heterosexual. Desde 1981, participaciones mayores de mujeres blancas (43 por ciento), negras (47 por ciento), e indias norteamericanas/nativas de Alaska (47 por ciento), han reportado el uso de drogas inyectables como la categoría de mayor exposición para casos de SIDA. Proporciones casi iguales de mujeres hispanas han reportado el uso de drogas inyectables (44 por ciento) y contacto heterosexual (46 por ciento) como la causa de SIDA. La participación más grande de indias norteamericanas/nativas de Alaska (46 por ciento) reportó contacto heterosexual como la fuente de infección, mientras sólo el 17 por ciento reportó el uso de drogas inyectables (76).
- Durante 1996, sin embargo, se reportaron patrones algo diferentes para la transmisión entre mujeres. Las mujeres blancas, negras e indias norteamericanas/nativas de Alaska reportaron todas participaciones casi iguales de casos debido al uso de drogas inyectables y contacto heterosexual. Cerca de la mitad (48 por ciento) de las mujeres hispanas reportaron el contacto heterosexual como la causa de SIDA, con otra tercera pare reportando el uso de drogas inyectadas como la causa. Más de dos quintas partes (44 por ciento) de mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico reportaron también contacto heterosexual como la causa

GRÁFICA 40
Distribución de las mujeres según raza/etnia, 1996 vs. casos de SIDA y HIV entre mujeres, según raza/etnia, desde 1981 hasta 1996
Porcentaje



FUENTES: Bureau of the Census, *US population estimates by age, sex, race, and Hispanic Origin, 1990-1995, with associated tables for recent months*, Population Division Release PPL-41, 1996. Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report* 1996; 8(2).

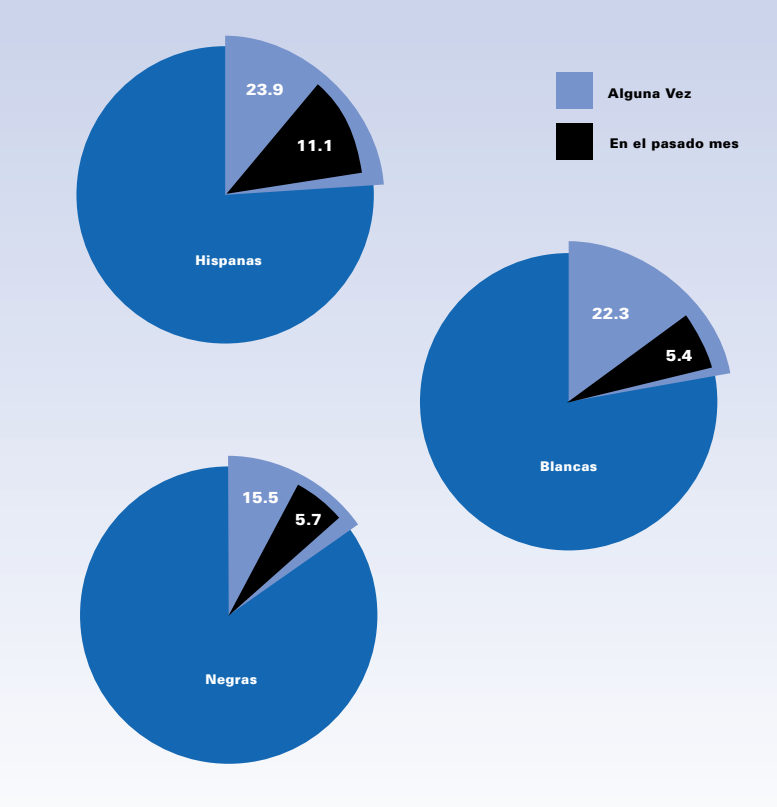
de SIDA, con 16 por ciento (lo más alto entre cualquiera de los grupos de mujeres para quienes se reportan datos), identificando las transfusiones sanguíneas como su categoría de transmisión y 9 por ciento reconociendo el uso de drogas inyectables (76).

- Entre las mujeres hispanas, la mayoría de los casos de infección HIV y SIDA son reportados por mujeres puertorriqueñas, quienes como ciudadanas norteamericanas son el grupo más aculturado de la sociedad de los Estados Unidos. La aculturación entre hispanas parece jugar un importante papel en la transmisión de HIV/SIDA, siendo más frecuente el uso de drogas intravenosas entre las latinas más aculturadas. Las latinas menos aculturadas reportan un bajo riesgo percibido de SIDA, dado que tienen menos probabilidades de reportar el uso de drogas ilegales o de participar en actividades sexuales con múltiples compañeros (77).
- Dado que es difícil conducir experimentos controlados en usuarios de drogas intravenosas, este grupo de pacientes de HIV/SIDA tiene menos probabilidades de ser incluido en protocolos experimentales. Esto significa que las mujeres negras e indias norteamericanas/nativas de Alaska tienen menos probabilidades de recibir medicamentos antivirales que otros grupos de pacientes HIV/SIDA cuyas clasificaciones están menos dominadas por usuarios de drogas intravenosas (78).
- Las mujeres negras e hispanas pueden ser más vulnerables que las blancas a la transmisión heterosexual de HIV/SIDA a través de contacto sexual con hombres bisexuales. Comparados con los hombres blancos homosexuales, proporciones más grandes de negros e hispanos homosexuales reportan tener contacto sexual con hombres y mujeres: 30 por ciento de negros, 20 por ciento de hispanos y 13 por ciento de blancos homosexuales (78).
- Aun cuando sólo 244 casos de SIDA fueron reportados entre indias norteamericanas/nativas de Alaska de 1981 a 1996, esta cifra (y todos los datos reportados sobre HIV/SIDA) puede estar siendo subestimada. Es difícil contar y hacer seguimiento a las enfermedades entre indios norteamericanos/nativos de Alaska, algunos de los cuales se mueven mucho entre sus reservaciones y las áreas urbanas o suburbanas (76,79). Las tasas de mortalidad reportadas por causa de infección HIV varían entre las áreas del Servicio de Salud Indio, con las áreas de Alaska y Portland reportando las tasas más altas de mortalidad durante el periodo de 1991-1993 (3).
- La infección HIV es ahora la tercera causa de muerte entre todas las mujeres de 25 a 44 años de edad y la principal causa de muerte entre las mujeres negras en este grupo de edad. De 1991 a 1993, la tasa de mortalidad por infección HIV entre mujeres negras fue de 34 por 100.000, seguida por la tasa de 12 muertes por 100.000 mujeres hispanas. Las tasas de muerte por 100.000 fueron cerca de 4 para blancas, 2 para indias norteamericanas/nativas de Alaska, y 0.9 para asiáticas e isleñas del Pacífico (1).
- Aunque las tasas de muerte por infección HIV son más bajas para mujeres de 45 a 64 años de edad que para mujeres más jóvenes, las mujeres negras reportaron también la tasa más alta (14 por 100.000) entre esta grupo de edad (1991-1993). La mortalidad entre las mujeres hispanas fue de 7 por 100.000 mujeres, mientras 2 mujeres blancas por 100.000 en este grupo de edad murieron por esa enfermedad (NOTA: las cifras de muerte entre asiáticas e isleñas del Pacífico e indias norteamericanas/nativas de Alaska en el grupo de 45 a 64 años de edad fueron tan pequeñas que no se calcularon las tasas) (1).
- Los años potenciales de vida perdidos por la infección HIV antes de los 65 años de edad por 100.000 mujeres negras, totalizaron 556. Esto se compara con los 62 años potenciales de vida perdidos por infección HIV antes de los 65 años de edad, por 100.000 mujeres blancas (1).
- Cuando las mujeres tienen infección HIV o SIDA, otros en sus hogares: amantes, esposos y/o niños, tienen también probabilidades de tener la enfermedad. Las mujeres con SIDA, que deben satisfacer sus roles tradicionales como proveedoras de cuidado, tienen probabilidades de vivir periodos de tiempo más cortos después del diagnóstico de la enfermedad, que las mujeres que no tienen el estrés agregado de brindarle cuidado a otros. En adición, las mujeres con SIDA a menudo dejan a trás huérfanos con infección HIV o SIDA, muchos de los cuales son cuidados subsecuentemente por sus abuelas, un hecho que aumenta las presiones en las vidas de estas mujeres mayores (78).

Salud mental entre las mujeres de color

- Las mujeres blancas e hispanas tienen una prevalencia más alta de depresión durante la vida (24 por ciento y 22 por ciento, respectivamente), que las mujeres negras (16 por ciento). Más aún, cuando se encuestaron en 1991, una participación casi del doble de mujeres hispanas (11 por ciento) que de negras y blancas (casi 6 por ciento y 5 por ciento, respectivamente) reportaron estar deprimidas (80).
- Una encuesta de 1993 encontró que las hispanas (53 por ciento) tenían más probabilidad de sufrir depresión severa que las negras no hispanas (47 por ciento) o las blancas (37 por ciento) (13).

GRÁFICA 41
Prevalencia más alta de depresión entre mujeres, según raza/etnia, 1991
Porcentaje

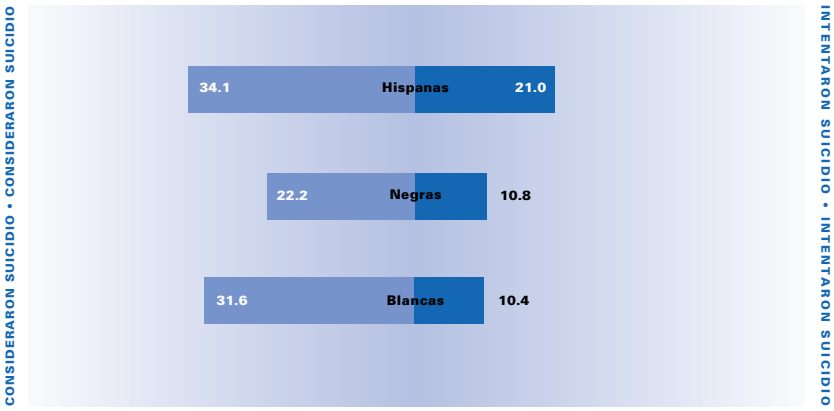


FUENTE: Rouse BA (ed), *Substance abuse and mental health statistics sourcebook,* DHHS Publication No. (SMA) 95-3064, Washington, DC: US Government Printing Office, 1995.

Salud mental entre las adolescentes de color

- En un estudio de 1986, 14 por ciento de jóvenes indias norteamericanas/nativas de Alaska se caracterizaron como extremadamente tristes y desesperanzadas; 6 por ciento exhibió señales de un serio estrés emocional (22). Más de una quinta parte de jóvenes indias norteamericanas/nativas de Alaska (22 por ciento) ha intentado alguna vez el suicidio.
- El doble de jóvenes hispanas (21 por ciento), intentó el suicidio durante el año previo a la encuesta, comparado con 11 por ciento de niñas negras y 10 por ciento de blancas. De forma similar, el 7 por ciento de niñas hispanas estudiantes de secundaria han intentado el suicidio y necesitado atención médica, comparado con 4 por ciento de negras y 3 por ciento de adolescentes blancas (14,22).
- Aproximadamente una tercera parte de hispanas y blancas estudiantes de secundaria consideraron cometer suicidio (34 por ciento y 32 por ciento, respectivamente), considerablemente más que el 22 por ciento de jóvenes negras que también pensaron en acabar con sus vidas durante los 12 meses anteriores a la encuesta (14).
- Entre 1991 y 1993, la tasa más alta de mortalidad por suicidio entre mujeres de 15 a 24 años de edad fue para indias norteamericanas/nativas de Alaska (más de 8 por 100.000), seguida de 4 por 100.000 tanto para jóvenes asiáticas e isleñas del Pacífico, como para jóvenes blancas no hispanas. La tasa de muerte por suicidio entre las mujeres hispanas (15 a 24 años de edad) fue cercana a 3 por 100.000 (1).

GRÁFICA 42
Porcentaje de mujeres adolescentes que seriamente consideraron o trataron de cometer suicidio durante el año anterior, según raza/etnia, 1995

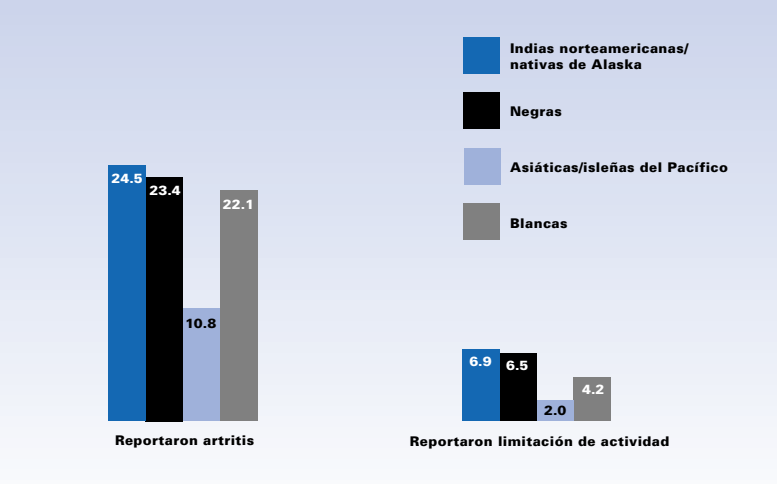


FUENTE: Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators, Youth risk behavior surveillance—United States, 1995, *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45(No.55-4).

Osteoporosis y artritis

- La osteoporosis es una condición asociada con pérdida excesiva de masa ósea y un riesgo aumentado de fracturas óseas. A medida que las niñas se hacen mujeres, su masa ósea aumenta. Sin embargo, a medida que las mujeres continúan envejeciendo pierden más masa ósea de la que ganan. Las mujeres de más de 50 años de edad con osteoporosis tienen una densidad mineral ósea más de 2.5 desviaciones estándar por debajo de la norma (media). La osteopenia, baja masa ósea, es una forma menos severa de osteoporosis: densidad ósea mineral entre 1 y 2.5 desviaciones estándar por debajo de la norma (81,82).
- Se cree que las mujeres asiáticas norteamericanas y las blancas tienen un riesgo mayor de osteoporosis y osteopenia debido al bajo consumo de calcio y a mayores porcentajes de mujeres delgadas. Los bajos niveles de estrógeno, el tabaquismo, la bebida y una historia familiar de osteoporosis son también factores de riesgo (82).
- Se cree que más de una quinta parte de mujeres blancas y asiáticas norteamericanas (ambas el 21 por ciento) tienen osteoporosis y un 39 por ciento adicional tiene osteopenia. En comparación, una décima parte de negras tiene osteoporosis y 29 por ciento tiene osteopenia. Las indias norteamericanas/nativas de Alaska y las mexicanas norteamericanas están en la mitad; de ambos grupos, se estima que el 16 por ciento tienen osteoporosis y el 36 por ciento tienen osteopenia. (81,82).
- La artritis y otras condiciones reumáticas, inflamación crónica y/o rigidez de las articulaciones, músculos y tendones, son más comunes entre las mujeres que entre los hombres. La artritis y otras condiciones reumáticas fueron las principales causas de limitación de actividad e incapacidad entre mujeres en 1995 (83).
- Entre 1989 y 1991, una cuarta parte de indias norteamericanas/nativas de Alaska reportaron tener artritis, más del doble de la prevalencia entre mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico (11 por ciento). Veintitrés por ciento de mujeres negras y 22 por ciento de blancas reportaron también que vivían con artritis (83).
- El dolor artrítico severo puede ocasionar una limitación de actividad. Entre 1989 y1991, el 7 por ciento de negras e indias norteamericanas/nativas de Alaska experimentaron limitación de actividad, una participación cerca de dos veces la de las mujeres blancas (4 por ciento), y cerca de cuatro veces la de mujeres asiáticas norteamericanas (2 por ciento) (83).

FIGURE 43
Reportes de limitación de actividad debido a la artritis entre las mujeres de 15 años de edad y mayores, según raza/etnia, 1989-1991
Porcentajes anuales ajustados por edad



FUENTE: Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence and impact of arthritis among women—United States, 1989-1991, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995: 44:329-334.

REFERENCIAS

1 National Center for Health Statistics. *Health United States, 1995.* Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996

2 National Institutes of Health. *Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health.* Bethesda, MD: Office of Research on Women's Health, 1991

3 Indian Health Service. *Regional differences in Indian health 1996.* Rockville, MD: US Public Health Service, 1997

4 Bureau of the Census, National Institutes of Health. *Profiles of America's elderly: Racial and ethnic diversity of America's elderly population.* Current Population Reports, Series POP/93-1. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993

5 Honorable D Christian-Green, Member of Congress, personal communication, February 1997

6 Yee BWK. *Health status of Asian and Pacific Islander women: Many unanswered questions.* Paper presented at conference "Bridging the Gap: Enhancing Partnerships To Improve Minority Women's Heath", Washington, DC, January 27-28, 1997

7 Hartmann HI, Kuriansky JA, Owens CL, in Falik MM, Collins KS (eds). *Women's health: The Commonwealth Fund survey.* Baltimore: John Hopkins University Press, 1996, pp.296-323

8 Lefkowitz D, Underwood C. *Personal health practices: Findings from the Survey of American Indians and Alaska Natives.* Publication No. 91-0034. National Medical Expenditure Survey, Research Findings 10, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

9 Scott S. *Urban national plans to meet the year 2000 objectives.* St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1991

10 Ellis JL, Campos-Outcalt D. Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review. *Am J Prev Med* 1994; 10(5):295-307

11 Crews DE, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health Issues of Asian and Pacific Islander Americans.* Thousand Oaks, CA: sage, 1994, pp.174-207

12 Brown ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L. *Women's health related behaviors and use of clinical preventive services: A report of the Commonwealth Fund.* Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996

13 National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations. *Hispanic women's Health: A nuestros números fact sheet.* Washington, DC: COSSMHO, 1996

14 Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBSS Coordinators. Youth risk behavior surveillance — United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ,* September 27, 1996; 45(No.55-4)

15 Delgado JL, Treviño FM. *The state of Hispanic health in the United States.* In The state of Hispanic America Vol.II. Oakland, CA: National Hispanic Center for Advanced Studies and Policy Analysis, 1985

16 Haynes SG, Harvey C, Montes H, Nickens H, Cohen B. Patterns of cigarette smoking among Hispanics in the United States: Results from the HHANES, 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.): 47-53

17 Klatsky AL, Armstrong MA. Cardiovascular risk factors among Asian Americans living in northern California. *Am J Public Health* 1991; 81(11):1423-1428

18 The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. *Substance abuse and the American woman.* New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse, 1996

19 Giovino GA, Schooley MW, Zhu B, Chrismon JH, Tomar SL, Peddicord JP, Merritt RK, Husten CG, Eriksen MP. Surveillance for selected tobacco-use behaviors—United States, 1900-1994. *MMWR CDC Surveill Summ* November 18, 1994; 43(No.SS-3)

20 Tamir A, Cachola S, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical, health issues of Asian and Pacific Islander Americans.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 209-247

21 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. *National household survey of drug abuse: Population estimates 1995.* US DHHS publication no. (SMA) 96-3095. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

22 Bum RW, Harmon B, Harris L, Bergeisen L, Resnick MD. American Indian-Alaska Native youth health. *JAMA* 1992: 1637-1644

23 Marks G, Garcia M, Solis JM. Health risk behaviors of Hispanics in the United States: Findings from HHANES,1982-1984. *Am J Public Health* 1990;80 (suppl.):20-26

24 Bell BZ, Nordyke EC, O'Hagan P. Fertility and maternal and child health. *Social Progress in Hawaii* 1989; 32:87-103

25 Chi I, Lubben JE, Kitano H. Differences in drinking behavior among three Asian-American groups, *J Sutd Alcohol* 1989; 50(1):15-23

26 Indian Health Service. *Indian Health Focus: Women*. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

27 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. *Annual emergency department data 1993: Data from the Drug Abuse Warning Network*. US DHHS Publication no. (SMA) 96-3080. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

28 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. *Annual medical examiner data 1994: Data from the Drug Abuse Warning Network*. US DHHS Publication no. (SMA) 96-3078. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

29 Plichta SB, in: Falik MM, Collins KS (eds). Women's health: The Commonwealth Fund Survey. Baltimore: John Hopkins University Press, 1996, pp. 237-270

30 Bachman R. *Violence against women: A national crime victimization survey report.* Publication no. NCJ-145325. Washington, DC: US Department of Justice, 1994

31 Bachman R, Saltzman LE. *Violence against women: Estimates from the redesigned survey.* Publication no. NCJ-154348. Washington, DC: US Department of Justice, 1994

32 Centers for Disease Control and Prevention. Results from the National Breast and Cervical Cancer Early Detection program, October 1, 1991-September 30, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43(29):530-534

33 Lee M. Breast and cervical cancer in Asian and Pacific Islander women. *Focus* 1992;3:2

34 Communications Consortium Media Center (CCMC), National Council of Negro Women (NCNNW), the 1991-1992 *Women of Color Reproductive Health Poll*. Washington, DC: CCMC and NCNW, n.d.

35 Solis JM, Marks G, Garcia M, Shelton D. Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: Findings from HHANES, 1982-1984. *AM J Public Health* 1990; 80(suppl.): 11-19

36 Martin JA. Birth characteristic of Asian or Pacific Islander subgroups, 1992. Monthly Vital Statistics Report 1995; 43(10), Supplement

37 Panel of Health and Demography, in: Jaynes GD, William RM. *A common destiny: blacks and American society.* Washington, DC: National Academy Press, 1990, pp. 391-450

38 Association of Asian Pacific Community Health Organizations (AAPCHO). *Selected health and population statistics for Asian and Pacific Islanders*. Oakland, CA: AAPCHO, n.d.

39 National Institute of Health. *National pregnancy and health survey: Drug use among women delivering livebirths: 1992.* NHI Publication no. 96-3819. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1996

40 National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol syndrome. *Alcohol Alert* 1991; 13(PH 297): 13.html

41 Indian Health Service. *Disabilities and their effects on American Indian and Alaska Native Communities: Final Report*, Albuquerque, NM: US Public Health Service, 1991

42 Hirota S. Needs assessment of Pacific Islander Americans. In *Summary of "Breaking the Barriers" conference by Asian American Health Forum, Inc.* (AAHF). San Francisco: AAHF, 1988

43 Bennefield RL. *Health Insurance Coverage: 1995.* Current Population Reports, Series P60-195. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996

44 Bennefield RL. *Dynamics of economic well-being: Health Insurance, 1992-1993, Who loses coverage and for how long?* Current Population Reports, Series P70-54. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996

45 Bureau of Census. *Unpublished health insurance estimates*, 1995. Washington, DC, 1996

46 Yoon Y. *Issue brief: Women of color and access to health care.* Washington, DC: Institute for Women's Policy Research, 1994

47 Leigh WA, in: Adams DL (ed). *Health issues for women of color: A cultural diversity perspective.* Thousand oaks, CA: Sage, 1995, pp. 112-132

48 Ayanian JZ, Kohler BA, Abe T, Epstein AM. The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *N Engl J Med* 1993; 329(5):326-331

49 Han E. *Korean health survey in southern California: A preliminary report on health status and health care needs of Korean immigrants.* Abstracts of a paper presented at the third Asian American health Biennial Forum, "Asian and Pacific Islanders: Dispelling the Myth of a Healthy Minority," Bethesda, MD, November 1990

50 Beauregardk, Cunningham P, Cornelius L. *Access to health care: Findings from the Survey of American Indian and Alaska natives.* Publication no. 91-0028. National Medical Expenditure Survey, Research Findings 9, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

51 Horton JA (ed). *The women's health data book: A profile of women's health in the United States.* Second edition. Washington, DC: The Jacobs Institute of Women's Health, 1995

52 Sorel JE, Ragland DR, Syme SL. Blood pressure in Mexican Americans, whites and blacks. *Am J Epidemiol* 1991; 134(4)370-378

53 Sorel JF, Ragland DR, Syme SL, Davis WB. Educational status and blood pressure: The second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-1980, and the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, 1982-1984. *Am J Epidemiol* 1992; 135(12):1339-1348

54 Pappas G, Gergen PJ, Carroll M. Hypertension prevalence and the status of awareness, treatment, and control in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES), 1982-1984. *Am J Public Health* 1990; 80(12):1431-1436

55 Johnson A, Taylor A. *Prevalence of chronic diseases: A summary of data from the Survey of American Indians and Alaska Natives National Medical Expenditure Survey Data Summary* 3, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

56 Alu Like, Inc. (Native Hawaiian Health Research Consortium). E ola mau: The Native Hawaiian health needs study — Medical Task Force report. Honolulu: Alu Like, Inc.,1985

57 Papa Ola Lokahi. *Native Hawaiian health data book 1992.* Honolulu: Papa Ola Lokahi, 1992

58 Bindon JR, Crews DE. *Measures of health and morbidity in Samoans.* Abstract of a paper presented at the Third Asian American Health Biennial Forum, "Asian and Pacific Islanders: Dispelling the Myth of a Healthy Minority," Bethesda, MD, November 1990

59 Asian American Health Forum, Inc. (AAHF). Fact Sheets. San Francisco: AAHF 1990

60 Levy MT, Jacober SJ, Sowers JR. Hypertensive disorders of pregnancy in Southwestern Navajo Indians. *Arch Intern Med* 1994; 154:2181-2183

61 Gillum RF. The epidemiology of stroke in Native Americans. *Stroke* 1995; 26(3): 514-521

62 Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr., Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA, et al. (eds). *Racial/Ethnic patterns of cancer in the United States 1988-1992.* NIH publication no. 96-4104. Bethesda MD: National Cancer Institute, 1996

63 Scott S, Suagee M. *Enhancing health statistics for American Indian and Alaskan Native communities: An agenda for action — A report to the National Center for Health Statistics.* St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1992

64 National Women's Health Network. *Perspectives: Breast cancer and African American women.* Washington, DC: National Women's Health Network, 1996

65 Valdez RB, Delgado DJ, Cervantes RC, Bowler S. *Cancer in US Latino communities.* Santa Monica, CA: RAND, 1993

66 National Women's Health Network. *Perspectives: Breast cancer and Asian American women.* Washington, DC: National Women's Health Network, 1996

67 National Women's Health Network. *Perspectives: Breast cancer and Latinas.* Washington, DC: National Women's Heath Network, 1996

68 Indian Health Service. *Indian women's health issues: Final report.* Tucson, AZ: US Public Health Service, 1991

69 Indian Health Service. *Cancer mortality among Native Americans in the United States: Regional differences in Indian health, 1984-1988 & Trends over time, 1968-1987.* Washington, DC: US Public Health Service, n.d.

70 National Institute of Health. *Diabetes in Black America.* NIH publication no 93-3266. Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1992

71 Indian Health Service. *Trends in Indian health, 1995.* Rockville, MD: US Public Health Service, 1996

72 Headen AE Jr., Headen SW. General health conditions and medical insurance issues concerning black women. *Review of Black Political Economy* 1985-86; 14: 183-197

73 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Division of STD Prevention. *Sexually transmitted disease surveillance, 1994.* Atlanta, GA: CDC, September 1995

74 National Institutes of Health. *A partnership for health: Minorities and biomedical research.* Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1995-1996

75 National Institutes of Health. *Women and HIV.* Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1996

76 Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report 1996;* 8(2)

77 Nyamathi A, Bennett C, Leake B, Lewis C, Flaskerud J. AIDS-related knowledge among impoverished minority women. *Am J Public Health* 1993; 83(1): 65-71

78 Friedman SJ, Sotheran JL, Abdul-Quader A, Primm BJ, Des Jarlais DC, Kleinman P, Mauge C, Goldsmith DS, El-Sadr W, Maslansky R, in: Willis DDP (ed). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 455-499

79 Gayle JA, Selic RM, Chu SY. Surveillance for AIDS and HIV infection among black and Hispanic children and women of childbearing age, 1981-1989. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1990; 39:1-6

80 Rouse BA (ed). *Substance abuse and mental health statistics sourcebook.* DHHS Publication No. (SMA) 95-3064. Washington, DC: US Government Printing Office, 1995

81 Looker AC, Johnston CC Jr., Wahner HW, Dunn WL, Calvo MS, Harris TB, Heyse SP, Lindsay RL. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. women from NHANES III. *J Bone Miner Res* 1995; 10(5):796-802

82 National Osteoporosis Foundation. *1996 and 2015 Osteoporosis prevalence figures: State-by-Stare report.* Washington, DC: National Osteoporosis Foundation, 1997

83 Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and impact of arthritis among women — United States, 1989-1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:329-334

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

Problemas con la recolección de datos

Muchas subpoblaciones de mujeres de color son conocidas sólo por la ausencia de datos que existen sobre ellas. Los norteamericanos nativos, los hispanos y los asiáticos norteamericanos no están ampliamente distribuidos por los Estados Unidos; las grandes encuestas nacionales no toman una muestra suficientemente grande de estos grupos como para poder recolectar datos confiables. Por ejemplo, aunque la etnia hispana se agregó al Certificado Estándar de Nacimiento y Muerte recomendado para el uso en todos los estados en 1989 y la mayoría de los estados han reportado esta información desde 1991, actualmente no existen datos nacionales confiables sobre la mortalidad de los hispanos. Los reportes incompletos en algunos estados y las diferencias en la redacción de este punto entre los diferentes estados, obstaculizan el desarrollo de esos datos (1,2).

Además, la agregación de datos para estos grupos raciales/étnicos a menudo oscurece las diferencias más significativas entre sus subpoblaciones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad para niños puertorriqueños es más alta que para niños mexicanos norteamericanos, mientras que los chinos y japoneses norteamericanos tienen tasas de mortalidad infantil más bajas que otros grupos asiáticos norteamericanos (3). Las poblaciones pequeñas, sin una vasta dispersión geográfica y con una enorme diversidad cultural, crean un escenario desafiante para la investigación. Resulta difícil recolectar datos de fácil generalización, que puedan aplicarse al desarrollo de respuestas de tratamiento aplicadas universalmente (4).

Generalmente se utilizan dos soluciones para recolectar datos de alta calidad para subgrupos de poblaciones pequeñas que no estén ampliamente distribuidas. Primero, se pueden utilizar las técnicas de encuesta para muestras nacionales y tomar una muestra más grande en áreas con poblaciones considerables de los grupos minoritarios de interés. Para hacerlo se requiere el uso de muchos factores raciales y étnicos y es probable que esto aumente tanto el tamaño de la muestra como el costo de la encuesta.

Otro enfoque consiste en entrevistar los principales subgrupos de la población racial/étnica en las áreas donde dominan. Esta técnica se empleó en el Estudio sobre la Salud y Nutrición de los Hispanos, que cubrió aproximadamente el 76 por ciento de la población de origen hispano en 1980, en los Estados Unidos y que entrevistó los tres subgrupos principales en áreas seleccionadas. Los mexicanos norteamericanos se entrevistaron en Arizona, California, Colorado, Nuevo México y Texas; los puertorriqueños se entrevistaron en el área metropolitana de la ciudad de Nueva York (Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut) y los cubanos norteamericanos fueron entrevistados en el condado Dade, Florida (5).

Dado que las más grandes cantidades de norteamericanos asiáticos e isleños del Pacífico están agrupados en California, Hawai, Illinois, Nueva Jersey, Nueva York, Texas y Washington, este grupo podría ser utilizado fácilmente para un análisis representativo a nivel nacional, llevado a cabo en estos siete estados (6,7).

California, el estado con la mayor cantidad de norteamericanos asiáticos e isleños del Pacífico (2.8 millones), toma actualmente datos para 14 grupos diferentes de asiáticos e isleños del Pacífico (filipinos, chinos, vietnamitas, japoneses, coreanos, indoasiáticos, Khmer (camboyanos), Thai, laosianos, samoanos, hawaianos nativos, tonganos, guamanianos y otros isleños del Pacífico). Pero en los reportes publicados, engloba todos estos grupos en la categoría de "asiáticos y otros", una categoría que incluye también indoamericanos, esquimales y aleutas de Alaska. Los datos reportados en esta forma velan diferencias importantes entre estos grupos y niegan el posible beneficio del uso de identificadores múltiples durante la recolección de datos (8).

Cuando se hacen encuestas a las poblaciones relevantes, se deben recolectar datos sobre el grado de aculturación y la historia de inmigración. Por ejemplo, si los participantes de la encuesta son en su gran mayoría los asiáticos más asimilados y nacidos en Norteamérica, entonces sus perfiles de salud pueden velar los patrones de morbilidad y los factores conductales de riesgo de los inmigrantes llegados recientemente del mismo lugar y reflejar en cambio una mayor prevalencia de enfermedades tales como diabetes y cáncer de seno, más frecuentes entre las poblaciones más asimiladas (8). En el caso de los indios norteamericanos/nativos de Alaska, se genera un problema al reunir datos demográficos precisos debido a los ciclos de migración de la ciudad, al campo, a la reservación, de los individuos en las diversas tribus.

La migración puede ocasionar problemas relacionados con recuento por exceso y por defecto y con el tratamiento de condiciones infecciosas como HIV/SIDA (9).

La familiarización con el idioma, otro aspecto de la aculturación, es también un factor importante en la toma de datos confiables. Si los conceptos se transfieren indiscriminadamente de un idioma a otro o de una cultura a otra, se puede estar tomando una información errada en la población de la encuesta. Además, si las preguntas se formulan en forma de doble negación, como fue el caso de algunas preguntas de la Encuesta del Desembolso Médico Nacional, de 1987, van a ser especialmente difíciles de entender para quienes el inglés es su segunda lengua (10).

¿Qué tipos de errores se han encontrado en los datos recolectados de las personas de color? Los indios y otras minorías en áreas urbanas son contados por defecto en forma rutinaria. Esto lleva a sobrestimar las tasas de mortalidad para estos grupos, dado que la población base (o denominador) utilizada para calcular estas tasas se reporta más pequeña de lo que realmente es (10). Por ejemplo, el recuento por error de las minorías también conduce a sobrestimar la incidencia acumulativa del SIDA, dado que la base con la cual se reporta esta condición ha sido contada de menos (11,12).

Por otra parte, los indios urbanos a menudo son identificados erróneamente por los proveedores de servicio, un hecho que puede llevar a subestimar las tasas de mortalidad, dado que el numerador en la fracción utilizada para computar estas tasas es demasiado pequeño (13,14). En Oklahoma, los niños nacidos a indias norteamericanas tienen 28 por ciento de probabilidades de ser clasificados erróneamente como otra raza en los certificados de defunción. Después de ajustarla de acuerdo a este bajo reporte, la tasa de mortalidad entre los indios norteamericanos en Oklahoma, casi se duplicó de cerca de 6 muertes por 1.000 nacimientos vivos reportados de 1987 a 1988, a una tasa estimada de más de 10 muertes por 1.000 nacimientos vivos para el mismo periodo (10). Además, el Estudio de Revisión de la Mortalidad Nacional, encontró evidencia de que la ascendencia de los indios norteamericanos/nativos de Alaska podría estar subreportada en un 65 por ciento en los certificados de defunción, ocasionando bajas estimativas de las muertes debido a diabetes entre esta población (15).

Aun cuando se reportaron clasificaciones raciales inconsistentes en el nacimiento y muerte infantil para casi 1 por ciento de niños clasificados como blancos y 4 por ciento de niños clasificados como negros al nacer, más del 43 por ciento de niños clasificados al nacer como miembros de todas las demás razas, tenían una raza diferente al morir (13). Proporciones casi iguales de niños clasificados como filipinos y japoneses al nacer fueron clasificados como blancos al morir (45 por ciento y 40 por ciento, respectivamente); proporciones similares fueron clasificadas consistentemente como filipinos y japoneses al nacer y al morir (48 por ciento y 46 por ciento, respectivamente). Sólo el 70 por ciento de los niños fueron asignados al mismo origen hispano (cubano, mexicano o puertorriqueño) tanto al nacer como al morir (13). El grado de error en la clasificación posiblemente varía según el sitio. Es necesario tomar medidas para refinar y mejorar la calidad de los datos recolectados sobre la gente de color.

Puede existir una situación del "huevo y la gallina", que involucra los datos y puede continuar el estatus quo con la gente de color. Los problemas de datos asociados con los asiáticos norteamericanos ilustran esto (16). Los problemas de salud de los norteamericanos asiáticos e isleños del Pacífico algunas veces se ignoran porque ningún dato basado en la población documenta los problemas; aunque existen, la toma de datos y la investigación basados en la población dejan por fuera a los asiáticos norteamericanos, porque sus problemas de salud no son reconocidos.

Necesidades de investigación y tratamiento

Incluso los círculos médicos oficiales han comenzado a reconocer esta falta de atención hacia las necesidades de salud de las mujeres en la planificación de diseños de investigación y protocolos de tratamiento (17). Para las mujeres de color, el problema es aún más dramático: la inclusión de mujeres blancas en un grupo experimental puede producir conocimiento y resultados relevantes para tratar mujeres blancas, pero no para tratar mujeres de color. Por ejemplo, ¿qué tan frecuentemente deben ser examinadas las mujeres para cáncer del seno? Las guías que recomiendan los exámenes de detección para mujeres de 40 años o más ignoran el riesgo por encima del promedio para cáncer del seno entre las mujeres negras menores de 40 años. ¿Deberían establecerse guías diferentes para las mujeres negras? ¿Qué guías se deben fijar para efectuar exámenes de detección en indias norteamericanas/nativas de Alaska para quienes la diabetes, tuberculosis y enfermedad hepática son más comunes que entre la población general? (18) ¿Por qué entre las hawaianas nativas la hipertensión es un problema que comienza muy temprano en la vida, y cuál es la

mejor forma de controlarla? Preguntas como estas no pueden responderse sin integrar el conocimiento de las necesidades de las minorías étnicas/raciales de las mujeres dentro de las evaluaciones de investigación y tratamiento.

El abuso de alcohol y sustancias tóxicas y el HIV/SIDA pueden también resaltar la necesidad de investigación y tratamiento orientados hacia la población femenina. El tratamiento solo de adicción para las indias norteamericanas/nativas de Alaska que sufren de alcoholismo no es suficiente. Las experiencias sociales y culturales de las indias norteamericanas/nativas de Alaska deben ser incorporadas dentro del escenario de tratamiento, con el fin de contestar adecuadamente la pregunta "¿Cuál es el dolor que está tratando de adormecer?" (19).

Instalaciones para atender a las personas de color

¿En qué ambientes se están aplicando la investigación y tratamiento para satisfacer las necesidades de las mujeres de color? La política de dirigir los recursos e instalaciones hacia personas de color ha encontrado tropiezos a lo largo de la historia. La provisión de hospitales para negros, la asignación de áreas de servicio para indios norteamericanos/nativos de Alaska y las metas de los servicios de cuidado de salud para hawaianos nativos ilustran estos problemas.

El cierre de hospitales que atienden predominantemente comunidades negras genera controversia y a menudo se encuentra que está ocasionado más por la composición racial de la vecindad del hospital, que por las condiciones económicas (20). El concepto de estos hospitales data de una era en que las poblaciones de minorías raciales/étnicas estaban más altamente segregadas en las ciudades norteamericanas de lo que muchas están actualmente. A medida que nuevas oleadas de inmigrantes han llegado a los Estados Unidos, quienes tienen cada vez más la capacidad de decidir si vivir o no en ghettos étnicos/raciales, se ha vuelto más difícil definir "comunidades" territoriales para grupos raciales/étnicos específicos y satisfacer sus necesidades al colocar instalaciones en estas áreas.

Por ejemplo, las designaciones regionales del Servicio de Salud Indio reflejan la distribución de la población de los indios norteamericanos/nativos de Alaska en 1955 y son obsoletas hoy, cuando sólo el 22 por ciento vive en reservaciones y el 67 por ciento vive en otros lugares, con una creciente participación en las ciudades (21). Para los nativos de Alaska que derivan su sustento de empleos de temporada como la pesca, es difícil obtener cuidado durante la estación de pesca si la instalación del Servicio de Salud Indio se encuentra a varios cientos de millas de su hogar. En la mayor parte de Alaska, el transporte constituye una barrera casi insuperable para el cuidado, puesto que sólo hay tres clínicas urbanas del Servicio de Salud Indio para atender a todas las personas elegibles en el estado. Muchos nativos de Alaska necesitan alojamiento temporal cuando buscan cuidado en instalaciones médicas del Servicio de Salud Indio, dado que no es posible regresar a su casa el mismo día (9).

Los hawaianos nativos deben solucionar problemas similares a los que enfrentan los indios norteamericanos/nativos de Alaska. Aunque están reconocidos como un grupo de alto riesgo y necesitado de servicios de cuidado de salud específicamente dirigidos, dado que los patrones de vida en las islas hawaianas están mezclados racial/étnicamente, es difícil montar instalaciones para atender grandes cantidades de la población focal de hawaianos nativos. En islas distintas de Oahu (la isla donde está ubicada Honolulu), los hawaianos nativos tienen más probabilidades de posponer el cuidado hasta que perciben una crisis, con el fin de evitar problemas de viaje.

Las instalaciones de tipo comunitario, amigables para el consumidor, están a menudo en desventaja al competir, contra organizaciones más grandes, por recursos para atender a sus clientes. Por ejemplo, al solicitar fondos bajo el Acta de 1990, "Recursos Completos para Emergencias Ryan White" (CARE, por sus siglas en inglés), muchos grupos comunitarios pequeños, orientados a atender mujeres con HIV/SIDA se quejan de perder ante hospitales y organizaciones más grandes. Además, el "Círculo SIDA" de organizaciones de servicio, a menudo no reconoce los grupos locales que atienden mujeres de color con SIDA, haciendo difícil las remisiones de casos (22,23). Los programas desarrollados por organizaciones, tales como el Proyecto Nacional de Salud para las Mujeres Negras; el Centro de Recursos para la Educación de Salud de las Mujeres Nativas Norteamericanas y la Red Nacional de Salud Latina, buscan cerrar esta brecha con fondos y servicios del cuidado de salud para sus miembros.

El modelo de "todo en el mismo lugar" para proporcionar servicios de salud para mujeres no ha tomado fuerza. Dichos centros proporcionarían cuidado infantil junto con servicios completos para las necesidades de las mujeres, que incluyen atención de fertilidad, medicina interna, salud mental, abuso de sustancias tóxicas y HIV/SIDA (9).

Necesidad de médicos y proveedores pertenecientes a las minorías

El gobierno federal ha designado varios grupos raciales/étnicos como subrepresentados en la población de médicos (y otros proveedores de cuidado de salud) y ha ofrecido incentivos para cambiar esto, con base en la doble creencia de que los médicos pertenecientes a una minoría tienden a ubicarse en áreas subatendidas y que tienden a cuidar más pacientes pertenecientes a una minoría. En 1990, aun cuando los norteamericanos negros eran casi el 4 por ciento de todos los médicos (siendo casi el 12 por ciento de la población general), su participación de la población de médicos ha aumentado muy poco desde 1950. En forma similar, los hispanos eran sólo el 5 por ciento de los médicos en 1990, aunque eran el 9 por ciento de la población total de los Estados Unidos. Así mismo, en 1989, los odontólogos, enfermeras registradas, farmaceúticos y terapeutas hispanos representaban entre el 2.2 por ciento y el 3 por ciento de estos profesionales (24). Los indios norteamericanos/nativos de Alaska eran sólo el 0.1 por ciento de todos los médicos, aunque constituyen el 0.7 por ciento de la población de los Estados Unidos. Sin embargo, los asiáticos e isleños del Pacífico norteamericanos eran casi el 11 por ciento de todos los médicos, aunque cerca del 3 por ciento de la población estadounidense (25).

La creencia de que una creciente representación minoritaria entre los médicos aumentaría el acceso de las minorías al cuidado de salud, está respaldada por los datos sobre médicos negros. Aunque más del 80 por ciento de los negros reportan que tienen un médico blanco como su proveedor primario, 80 por ciento de los pacientes de los médicos negros, son negros a su vez (26). La distribución regional de los médicos negros e indios norteamericanos/nativos de Alaska en particular, parece estar influenciada por la ubicación de cantidades sustanciales de minorías similares. Se estima que entre el 60 y el 80 por ciento de los estudiantes de grupos raciales/étnicos subrepresentados, entrenados en las profesiones de salud, practican voluntariamente en o cerca a las áreas con grandes poblaciones minoritarias donde se ha detectado escasez (10).

La investigación sobre el pareo entre e proveedores y pacientes con base en raza o etnia generalmente no es concluyente, aunque parece haber un consenso acerca de que la efectividad del tratamiento (especialmente por abuso de sustancias tóxicas) aumenta cuando el proveedor tiene conocimientos culturales. Varios estudios sugieren que relacionar paciente y proveedor racial/étnicamente, reduce la terminación prematura y aumenta el tiempo que el tratamiento es recibido en las clínicas comunitarias de salud mental (27).

Otra investigación ha demostrado que la probabilidad (con respecto a los blancos) de que las personas de color busquen tratamiento para abuso de alcohol y sustancias tóxicas y de que una vez comenzado lo terminen, podría aumentar con una mayor sensibilidad y concientización cultural, que incluye una coincidencia más frecuente entre proveedor y paciente (28,29). La falta de una visión del mundo compartida por los pacientes indios norteamericanos/nativos de Alaska y sus proveedores, ha estado asociada con altas tasas de abandono del tratamiento para este grupo. Además, se han observado tasas más elevadas de terminación del tratamiento entre norteamericanos negros tratados en ambientes informales localizados dentro de la comunidad negra, un entorno que ayuda a enmarcar la experiencia de rehabilitación fuera de la cultura dominante y la hace más aceptable para los clientes(29).

Aunque el gobierno federal considera que los asiáticos norteamericanos están representados en exceso entre los médicos, esta valoración está en parte sustentada por la creencia de que todos los grupos asiáticos norteamericanos pueden ser atendidos por profesionales de la salud asiáticos “genéricos”. Los aumentos en las cifras de trabajadores del cuidado de la salud entre los asiáticos norteamericanos, han ocurrido principalmente entre las segundas y terceras generaciones y específicamente entre los japoneses y chinos norteamericanos (30). Entre los psiquiatras, por ejemplo, en 1984, los asiáticos eran casi el 9 por ciento del total en los Estados Unidos. Sin embargo, la mitad de estos (51 por ciento) eran indoasiáticos y sólo el 23 por ciento eran de ancestro chino o japonés. Esta mezcla de proveedores difiere considerablemente de la representación de asiáticos norteamericanos en los Estados Unidos.

La demanda no satisfecha de profesionales de la salud multiculturales y políglotas, debe ser solucionada. Sin embargo, la discriminación de lugares de residencia y licenciamiento, limita la posibilidad de los profesionales médicos entrenados en el extranjero de servir en los Estados Unidos y de ayudar a satisfacer esta necesidad (31). Además, aunque la falta de traductores entrenados médicamente para satisfacer las necesidades de pacientes cuyo idioma primario no es el inglés, en las instalaciones endosadas por fondos federales, viola los estatutos de los derechos civiles, este es el estatus quo en la mayoría de los centros de salud norteamericanos. La continua falta de apoyo para el

desarrollo de profesionales de salud multiculturales y políglotas deja de lado el grado en el cual el idioma y la cultura influyen en el acceso y utilización de los servicios y puede contribuir a muertes y enfermedades innecesarias.

Conclusión

Las mujeres de color son miembros de grupos extremadamente heterogéneos. Por ejemplo, las hispanas incluyen tanto mujeres puertorriqueñas, nacidas con nacionalidad estadounidense, que también tienen una alta incidencia de SIDA y tasas de mortalidad infantil por encima del promedio y mujeres mexicanas, muchas de las cuales son nacidas en el extranjero y tienen tasas de mortalidad infantil por debajo del promedio. Las mujeres asiáticas norteamericanas, de otro parte, incluyen mujeres indoasiáticas, 80 por ciento de las cuales obtienen cuidado prenatal temprano pero cuyos niños tienen el doble de probabilidad de tener bajos pesos al nacer que los niños nacidos a mujeres japonesas norteamericanas, 86 por ciento de las cuales obtienen cuidado prenatal en el primer trimestre de embarazo y cuyas bajas tasas de mortalidad infantil reflejan esto. Además, las mujeres indias norteamericanas en el sudoeste tienen bajas tasas de cáncer, mientras sus hermanas en los estados de las planicies y Alaska tienen tasas altas. Finalmente, los niños nacidos a parejas de inmigrantes negros tienen bajo peso menos frecuentemente que los niños nacidos de parejas negras nativas.

Las generalizaciones que crean perfiles de salud para las mujeres de color son peligrosas, porque las excepciones a las reglas son abundantes. El reto en cambio consiste en refinar el conocimiento y comprensión acerca de estos grupos, hasta el punto de poder proporcionar cuidado individualizado a todas y cada una de las mujeres de color, sin importar la raza o etnia, ni el problema de salud.

Durante los años 60 y gran parte de la década de los 70, aumentar el acceso fue un importante objetivo de la política de salud. Desde 1980, el énfasis ha girado hacia el control de costos y el uso de cuidado administrado para conseguir este fin. Este objetivo puede a la larga reducir el acceso al cuidado para las mujeres de color. Si bajo el pretexto del control de costos, se hiciera un renovado énfasis en el cambio de la conducta de los individuos, sería demasiado fácil cruzar la línea para “culpar a la víctima”.

Los problemas estructurales, como las limitadas oportunidades de empleo, la falta de recursos más allá de las necesidades básicas y la falta de transporte público, todas contribuyen adversamente a una habilidad del individuo para cambiar conductas de alto riesgo para la salud. Los programas diseñados para respetar las normas y valores culturales y que sean conscientes de los límites estructurales serán el medio más efectivo para mejorar la salud de las mujeres de color.

REFERENCIAS

1 Leigh WA. *The health of US women: Minority/ Diversity perspectives.* Background paper for Canada-USA Forum on Women's Health, Ottawa, Canada, August 8-10, 1996

2 US Public Health Service. *Improving minority health statistics.* Report of the PHS Task Force on Minority Health Data, 1992

3 National Center for Health Statistics. *Health United States,* 1995. Hyattsville, MD: US Public Heath Service, 1996

4 Levy JE. *The health of North American Indians.* Paper presented at the American Psychological Association convention, Washington, DC, August 14-18,1992

5 Delgado JL, Johnson CL, Roy I, Treviño F. Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: Methodological considerations. *Am J Public Health* 1990; 80(suppl.): 6-10

6 Martin JA. Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992. *Monthly Vital Statistics Report* 1995; 43(10), Supplement

7 Yu ESH, Liu WT. US national health data on Asian Americans and Pacific Islanders: A research agenda for the 1990s. *Am J Public Health* 1992; 82(12):1645-1652

8 Ponce N. *Asian and Pacific Islander health data: Quality issues and policy recommendations.* In Policy Papers. San Francisco, CA: Asian American Health Forum, Inc., 1990

9 Health Resources and Services Administration. *HIV/AIDS workgroup on health care access issues for American Indians and Alaska Natives.* Washington, DC:US Department of Health and Human Services, 1992

10 Scott S, Suagee M. *Enhancing health statistics for American Indians and Alaskan Native communities: An agenda for action — A report to the National Center for Health statistics.* St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1992

11 Friedman SJ, Sotheran JL, Abdul-Ouader A, Primm BJ, Des Jarlais DC, Kleinman P, Mauge C, Goldsmith DS, Ei-Sadr W, Maslansky R, in: Willis DP (de). *Health policies and black Americans.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp.455-499

12 Hahn RA. The state of federal health statistics on racial and ethnic groups. *JAMA* 1992; 267(2):268-271

13 Hahn RA, Mulinare J, Teutsch SM. Inconsistencies in coding of race and ethnicity between birth and death in US infants. *JAMA* 1992; 267:259-263

14 Sorlie PD, Rogot E, Johnson NJ. Validity of demographic characteristics on the death certificate. *Epidemiology* 1992; 3(2): 181-184

15 Rousseau P. Native-American elders: Health care status. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):83-95

16 Yu ESH. Editorial: The health risks of Asian Americans. *Am J Public Health* 1991; 81(11):1391-1393

17 National Institutes of Health. *Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health.* Bethesda, MD: Office of Research on Women's Health, 1991

18 Lefkowitz D, Underwood C. *Personal health practices: Findings from the Survey of American Indians and Alaska Natives.* Publication No. 91-0034. National Medical Expenditure Survey, Research Findings 10, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: US Public Health Service, 1991

19 Indian Health Service. *Indian women's health issues: Final report.* Tucson, AZ: US Public Health Service, 1991

20 Rice H, Payne LD. In: *The state of back America 1981.* New York: National Urban League, Inc., 1981

21 Bureau of the Census. *We asked ... you told us: Race.* Census Questionnaire Content, 1990 CQC-4. Washington, DC: US Department of Commerce, 1992

22 Health Resources and Services Administration. *HIV/AIDS workgroup on health care access issues for Hispanic Americans.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1991

23 Health Resources and Services Administration. *HIV/AIDS workgroup on health care access issues for women.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1992

24 Ginzberg E, in: Furino A. *Health policy and the Hispanic.* Boulder, CO: Westview Press, 1992, pp. 22-31

25 US Public Health Service. *Minority physicians: A profile.* Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1993

26 Panel on Health and Demography, in: Jaynes GD, Williams RM. *A common destiny: blacks and American society.* Washington, DC: National Academy Press, 1989, pp. 391-450

27 Takeuchi DT, Mokuau N, Chun C. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):237-245

28 Castro FG, Coe K, Harmon M, in: Lillie-Blanton MD, Leigh WA, Alfaro-Correa AI (eds). *Achieving equitable access: Studies of health care issues affecting Hispanics and African Americans*. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies, 1995, pp. 7-26

29 Rebach H. Alcohol and drug use among American minorities. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:23-57

30 Forman M. *The development of Asian/Pacific Islander health professionals: The myth of overrepresentation.* In Policy Papers. San Francisco: Asian American Health Forum Inc.,1990

31 Leung M, Lu MC. *Ethnocultural barriers to care.* In Policy Papers. San Francisco: Asian American Health Forum Inc., 1990

NIH PUBLICATION NO. 99-4247 (S)